

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**HORIZONTALNO IN VERTIKALNO NASILJE V
ZDRAVSTVENI NEGI**

HORIZONTAL AND VERTICAL VIOLENCE IN NURSING

Študentka: Darja Kosi

Mentorica: doc. dr. Katarina Babnik, univ. dipl. psih.

Somentorica: mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl. m. s., viš. pred.

Študijski program: študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega

Izola, 2017

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana izjavljam, da je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela in da:

- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Horizontalno in vertikalno nasilje v zdravstveni negi
Tip dela	diplomska naloga
Avtor	Darja Kosi
Sekundarni avtorji	BABNIK, Katarina (mentorica) / ŠTEMBERGER KOLNIK Tamara (somentorica) / ŽVANUT Boštjan (recenzent)
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2017
Strani	5 (rimske), 36 (arabske) str., 3 pregl., 1 sl., 50 vir.
Ključne besede	nasilje na delovnem mestu, horizontalno nasilje, vertikalno nasilje, zdravstvena nega
UDK	
Jezik besedila	slv
Jezik povzetkov	slv/eng
Izvleček	<p>Nasilje na delovnem mestu je v zdravstveni negi pogosto. Izvajalci nasilja so tako pacienti kot njihovi svojci; kot vedno pogostejši izvajalci nasilja pa se pojavljajo tudi sodelavci – zaposleni v zdravstveni negi. Če so izvajalci nasilja iz iste stroke kot žrtev nasilja, govorimo o t. i. horizontalnem in vertikalnem nasilju. V diplomski nalogi smo si zastavili pet raziskovalnih vprašanj, ki se nanašajo na opredelitev, dejavnike in posledice horizontalnega in vertikalnega nasilja v zdravstveni negi. Diplomska naloga je pripravljena kot kvalitativna sinteza relevantne literature. Za horizontalno nasilje je značilno predvsem nasilje na isti ravni organizacijske hierarhije; vertikalno nasilje pa se najpogosteje pojavlja med posamezniki na različnih stopnjah hierarhične moči v zdravstveni negi, ki so lahko usmerjene navzdol ali navzgor. Na podlagi pregleda literature ugotavljamo, da se horizontalni in vertikalni obliki nasilja pogosto pojavljata; med 40 in 80 % medicinskih sester je že doživelo ali horizontalno ali vertikalno nasilje na delovnem mestu. Med dejavnike, ki privedejo do nasilja na delovnem mestu, sodijo predvsem mlad kader, izgorelost, pritiski vodilnega kadra, pritiski zdravnikov, urnik dela, zahteve pacientov, fluktuacija in izkazovanje moči, glavni ter obenem najpomembnejši dejavnik pa je slaba komunikacija med zdravstvenim osebjem. Za preprečevanje nasilja mora biti v zdravstvenih organizacijah uveljavljeno ključno načelo ničelne tolerance.</p>

KEY WORDS DOCUMENTATION

Title	Vertical and horizontal violence in nursing
Type	Diploma work (University studies)
Author	Darja Kosi
Secondary authors	BABNIK, Katarina (supervisor) / ŠTEMBERGER KOLNIK Tamara (coadvisor) / ŽVANUT Boštjan (reviewer)
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
Address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2017
Pages	5, 36 p., 3 tab., 1 fig., 50 ref.
Keywords	violence, workplace violence, bullying, horizontal violence, vertical violence, violence in health care
UDC	
Language	Slv
Abstract language	slv/eng
Abstract	<p>Workplace violence is common in health care. The performers of the violence are patients and also their relatives. The most common performers of violence, however, are colleagues at work, employed in health care. In case if the performers of the violence are from the same profession as the victim of the violence, we talk about horizontal and vertical violence. In the diploma thesis, we set five research questions, which relate to the definition, factors and consequences of horizontal and vertical violence in nursing care. The diploma thesis is prepared as a qualitative synthesis of the relevant literature. For horizontal violence is typical violence on the same level of the organizational hierarchy. On the other hand, vertical violence most commonly occurs between individuals on different levels of hierarchical power in health care, which may be directed downwards or upwards. On the basis of the literature review, we ascertain that horizontal and vertical forms of violence occur often. 40 to 80 per cent of the nurses have already undergone horizontal or vertical violence in the workplace. Among the factors that lead to violence in the workplace, there are primarily a young personnel, a burnout, pressures of the senior personnel, pressures of doctors, work schedule, requirements of patients, fluctuation, exercising the power and, the main and the most important factor poor communication between the health care personnel. In order to prevent violence, the key principle of zero tolerance of violence has to be established in Health organisations.</p>

KAZALO VSEBINE

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU	I
KEY WORDS DOCUMENTATION	II
KAZALO VSEBINE	III
KAZALO SLIK	IV
KAZALO PREGLEDNIC	V
1 UVOD	1
2 NAMEN IN CILJ NALOGE	3
3 METODE DELA IN MATERIALI	4
4 REZULTATI.....	5
4.1 Nasilje na delovnem mestu	5
4.2 Opredelitev horizontalnega in vertikalnega nasilja.....	5
4.3 Pogostost pojavljanja horizontalnega in vertikalnega nasilja	9
4.4 Dejavniki, ki razložijo horizontalno in vertikalno nasilje na delovnem mestu ..	10
4.5 Povzročitelji in žrtve horizontalnega in vertikalnega nasilja	11
4.5.1 Medgeneracijsko nasilje v zdravstveni negi	12
4.6 Posledice horizontalnega in vertikalnega nasilja	13
4.7 Preprečevanje nasilja na delovnem mestu.....	14
4.7.1 Primarna preventiva nasilja na delovnem mestu	14
4.7.2 Sekundarna in terciarna preventiva nasilja na delovnem mestu.....	18
4.7.3 Regulirani postopki ob doživetem nasilju na delovnem mestu	20
5 RAZPRAVA	24
6 ZAKLJUČEK.....	27
VIRI	29
POVZETEK.....	34
SUMMARY	35
ZAHVALA	36

KAZALO SLIK

Slika 1: Primarna preventiva nasilja na delovnem mestu	16
--	----

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Pojmi, ki opredeljujejo horizontalno in vertikalno nasilje.....	7
Preglednica 2: Znaki horizontalnega in vertikalnega nasilja.....	8
Preglednica 3: Vloge v procesu preprečevanja in ukrepanj ob pojavu nasilja v zdravstveni negi	17

1 UVOD

Delovno mesto je prostor, v katerega zavestno ali nezavedno vnašamo svoje vrednote, stališča, prepričanja in predsodke, ki vplivajo na odnose med zaposlenimi. Med delom se sprožijo najrazličnejše medsebojne interakcije. Dobro počutje in zdravi ter pozitivni odnosi na delovnem mestu vplivajo na kakovost našega življenja. Zato je dobro počutje na delovnem mestu ključno ne le za dobrobit osebe, ampak tudi za njen prispevek k oblikovanju in vzdrževanju družbe, v kateri so človekovo dostojanstvo, človekova pravica do življenja brez nasilja ter spoštovanja sočloveka pomembne moralne in etične kategorije (Robnik, 2012). Nasilje na delovnem mestu je opredeljeno z naslednjimi besedami: »Incident, pri katerih so zaposleni žaljeni, ogroženi ali napadeni v okoliščinah, ki so povezane z njihovim delom, vključno s potovanjem na delo in z dela, in ki vključuje eksplicitno in implicitno grožnjo njihovi varnosti, dobrobiti ali zdravju« (Hrnčič, 2011, str. 4).

Horizontalno nasilje je ena od oblik nasilja na delovnem mestu (Vičar, 2015). Horizontalno nasilje se najpogosteje pojavi med sodelavci ali skupino znotraj strokovne strukture (Becher, 2012). Horizontalno nasilje na delovnem mestu lahko opišemo kot agresivno in destruktivno vedenje medicinske sestre do druge medicinske sestre. To so poniževanje in nesramen odnos ter kruta dejanja, ki postopoma spodkopavajo zaupanje in samozavest medicinske sestre (Cheryl in McCaffrey, 2007). Razširi se lahko na osebe, ki tesno sodelujejo v zdravstveni negi, vključno z zdravniki (Becher, 2012). Do horizontalnega nasilja lahko prihaja med vodilnimi medicinskimi sestrami in medicinskimi sestrami v delovnem okolju zdravstvene nege. Incidenca in prevalenca pojavnosti in razširjenosti horizontalnega nasilja v zdravstveni negi sta relativno neznani, saj pogosto horizontalnega nasilja ne prepoznamo ali se o njem ne poroča. Nedavne raziskave ugotavljajo, da je v zdravstveni negi horizontalno nasilje dokaj razširjeno (Becher, 2012) in je globok ter prodoren vir stresa s fizičnimi, psihološkimi in organizacijskimi posledicami. Horizontalno nasilje s svojimi elementi odkrite ali prikrite fizične, verbalne in čustvene zlorabe močno vpliva na razvrednotenje posameznika (Robnik, 2012). Vertikalno nasilje je dejanje ustrahovanja medicinskih sester ali drugega osebja od nadrejenega osebja na višji hierarhični lestvici z močjo avtoritete. Takšna obnašanja so lahko prikrita ali očitna dejanja verbalne in neverbalne agresije (Dudley, 2015). V Združenih državah Amerike so opravili raziskavo (Becher, 2012), po kateri naj bi kar 28 odstotkov vprašanih poročalo o tem, da so jih ustrahovale vodilne medicinske sestre.

Soočamo se z oviro, da je pojav horizontalnega ali vertikalnega nasilja velikokrat prikrit, saj ga je po svoji naravi težko neposredno prepoznati, kar velja predvsem v začetnih fazah nastajanja nasilnih odnosov. V poznejših fazah nasilnih odnosov je moč začutiti sporočilna dejanja, ki dobivajo na teži nasilnosti. Iz člankov je razvidno, da je pojavnost nasilja na splošno v zdravstveni negi visoka – znaša kar 60,1 % (Selič in sod., 2012).

Horizontalno in vertikalno nasilje predstavlja v zdravstveni negi velik problem. Ob prebiranju literature ni zaslediti najustrežnejših opredelitev horizontalnega in vertikalnega nasilja (Babnik in sod., 2012), zato lahko zgolj govorimo o fizičnem nasilju, grožnjah na delovnem mestu, žalitvah na delovnem mestu, zastrahovanju in ustrahovanju na delovnem mestu ter degradiranju in spodkopavanju znanja medicinskih sester ipd. (Cheryl in McCaffrey, 2007). Vsako nasilje vpliva na zdravstveno nego in zdravstveno oskrbo pacientov ter se dotakne vseh področij dela. Napetost in konfliktnost med zdravstvenim osebjem vplivata na kakovost zdravstvene nege in posledično na oskrbo pacientov. Čeprav se zdravstveno osebje trudi delati po svojih najboljših močeh, konflikti na horizontalni ali vertikalni ravni slabo vplivajo na oskrbo pacientov (Cheryl in McCaffrey, 2007).

V diplomski nalogi smo proučevali nasilje v zdravstveni negi na vertikalni in horizontalni ravni ter posledice verbalnega nasilja na delovni proces in iskali rešitve za izkoreninjenje nasilnega vedenja v zdravstveni negi.

Diplomska naloga izhaja iz izkušnje doživetega vertikalnega nasilja na delovnem mestu. V eni izmed slovenskih zdravstvenih ustanov sem namreč sama izkusila verbalno nasilje. Nasilnež je bil nadrejeni, ki ni imel posluha za predloge o izboljšavi delovnega procesa. Zaradi nesoglasij sva bila v sporu, kot nadrejeni pa je svojo moč izkazoval z verbalnim nasiljem. Po letih neprestanega nadlegovanja sem to delovno mesto zapustila in odšla na drugo delovno mesto, v sklopu katerega pa sem bila še vedno v stiku z izvajalcem nasilja. Ko sem sprevidela, da se nasilje kljub novemu delovnemu okolju ne bo končalo, sem podala prijavo o verbalnem nasilju. Po določenem času sem izvedela, da se je postopek obravnave nasilja zaključil brez njegove obravnave.

2 NAMEN IN CILJ NALOGE

Namen diplomske naloge je proučiti področje horizontalnega in vertikalnega nasilja v zdravstveni negi. Na osnovi analize literature, obstoječih raziskav ter izkušenj bomo opisali oblike, vrste in znake horizontalnega in vertikalnega nasilja, njune posledice na delovni proces ter postopke za preprečevanje in postopke v primeru pojava omenjenih nasilij na delovnem mestu.

Cilji raziskave v okviru diplomske naloge so:

- proučiti pogostost pojavljanja horizontalnega (s strani sodelavcev) in vertikalnega (s strani vodstvenih kadrov) nasilja na delovnih mestih medicinskih sester;
- proučiti dejavnike, ki vplivajo na morebiten nastanek horizontalnega ali vertikalnega nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi;
- pripraviti morebitne predloge za preprečevanje horizontalnega in vertikalnega nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi.

V sklopu diplomske naloge bomo skušali odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako lahko opredelimo horizontalno in vertikalno nasilje: kakšne so njune značilnosti?
- Kako pogosto se pojavljata horizontalna in vertikalna oblika nasilja med medicinskimi sestrami na njihovem delovnem mestu?
- Kateri dejavniki privedejo do horizontalnega in vertikalnega nasilja na delovnem mestu?
- Kakšne so posledice doživljanja horizontalnega in vertikalnega nasilja za zaposlene v zdravstveni negi?
- Kako naj zdravstvene institucije pristopijo k obravnavi horizontalnega in vertikalnega nasilja na delovnem mestu?

3 METODE DELA IN MATERIALI

Diplomska naloga je pripravljena kot kvalitativna sinteza relevantne literature. V sklopu naloge smo poiskali, pregledali in sintetizirali ključna spoznanja s področja horizontalnega in vertikalnega nasilja v zdravstveni negi. Časovno smo bazo relevantne literature znanstvenoraziskovalne in strokovne tuje ter slovenske publikacije omejili na objave med letoma 2005 in 2015.

Večina pregledanih del zajema tujo literaturo. To so zdravstvena, medicinska in družboslovna dela in zapisi. Tujo literaturo smo našli s pomočjo baze podatkov EBSCOhost. Ključne besede oz. besedne zveze, s pomočjo katerih smo iskali tuje članke, so bile: horizontalno nasilje (angl. »*horizontal violence*«), zdravstvena nega in vertikalno nasilje (angl. »*nursing*« and »*lateral violence*«) ter zdravstvena nega (angl. »*nursing*«).

Med drugim nam je bil za slovenske vire v pomoč brskalnik Google, in sicer s ključnimi besednimi zvezami »verbalno nasilje«, »verbalno nasilje v zdravstveni negi«, »verbalno nasilje v operacijskih sobah« ter »horizontalno in vertikalno nasilje v zdravstveni negi«.

Razmeroma malo je na voljo virov, ki posamično obravnavajo horizontalno in/ali vertikalno nasilje. Za besedno zvezo »vertical violence in nursing« je v bazi EBSCOhost le pet zadetkov, pri čemer se dva prekrivata z zadetki, prikazanimi za besedno zvezo »horizontal violence in nursing«. Za slednjo besedno zvezo je v bazi EBSCOhost 33 zadetkov, med katerimi je sedem zadetkov takih, ki predstavljajo ponovitve člankov, šest pa je uvodnikov k revijam. Ta pregled potrjuje, da področje horizontalnega in vertikalnega nasilja ni poglobljeno raziskano. Zato smo končni obseg literature, ki zajema 30 enot tuje literature in 3 enote slovenske literature, pridobili s širšim iskanjem z iskanima besednima zvezama »nasilje na delovnem mestu« in »workplace violence«. Glede na tip zbranih gradiv so v kvalitativno sintezo del vključeni zborniki, znanstvene, pregledne in strokovne monografije, posamezni članki, raziskovalna poročila in diplomske naloge.

4 REZULTATI

V poglavju Rezultati je strukturiran pregled literature glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

4.1 Nasilje na delovnem mestu

Za lažje razumevanje pojava horizontalnega in vertikalnega nasilja je smiselno, da se seznanimo z osnovnimi pojmi, ki so povezani z nasiljem. Zato je treba sprva razumeti razliko med nasiljem in nasiljem na delovnem mestu.

Nasilje je pogost pojav, ki vključuje posameznikovo željo, da z uporabo sile nekaj doseže (Zornik, 2011). Nasilje je lahko fizično (Zornik, 2011): udarec, brca, odzivanje, lasanje, grizenje, ščipanje, spolna zloraba, nadzor, odvzem denarja, bančnih kartic ali blokiranje bančnih računov, ki pripadajo žrtvi nasilja ipd. Nasilje je lahko tudi psihično (Zornik, 2011): izraženo z besedami, ki ranijo, bolijo, v obliki zasmehovanja, vpitja, poniževanja, zmerjanja, kritiziranja, arogantnih opazk, postavljanja ultimativ, lahko pa se kaže z dejanji, kot so ljubosumje, posesivnost, ignoriranje, nadzorovanje, sumničavo preverjanje (Zornik, 2011).

Splošna opredelitev nasilja na delovnem mestu se glasi: »Incidenti, pri katerih so zaposleni žaljeni, ogroženi ali napadeni v okoliščinah, in so povezani z njihovim delom, vključno s potovanjem na delo in z dela, in ki vključujejo eksplicitno in implicitno grožnjo njihovi varnosti, dobrobiti ali zdravju« (Hrnčič, 2011, str. 4).

Nasilje na delovnem mestu opredeljujejo najrazličnejši pojmi in poleg splošne opredelitve nasilja obstaja še druga opredelitev, ki je ena izmed prvih in je še sedaj temelj za vse nadaljnje sodobne opredelitve: »Nasilje na delovnem mestu je vsako vedenje, ki vključuje zlorabo, grožnje ali napade na posameznika/-e na delovnem mestu, ki neposredno ali posredno ogrožajo njegovo/njihovo varnost, dobro počutje ali varnost« (Hrnčič, 2011, str. 4).

V nadaljevanju se bomo posvetili dvema oblikama nasilja: horizontalnemu in vertikalnemu nasilju. Razčlenili bomo oba pojma, ju opredelili in predstavili pogostost njunega pojavljanja v zdravstveni negi.

4.2 Opredelitev horizontalnega in vertikalnega nasilja

Obstaja kar nekaj opredelitev horizontalnega in vertikalnega nasilja na delovnem mestu. Horizontalno nasilje ali horizontalna sovražnost je vrsta nasilja, ki se pojavlja med posamezniki na isti ravni organizacijske hierarhije. Pri horizontalnem in vertikalnem nasilju na delovnem mestu gre lahko za verbalno ali neverbalno nasilje in odkrito ali prikrito nasilje (Spring, 2008). Najpogostejše oblike vertikalnega in horizontalnega nasilja vključujejo verbalna namigovanja, verbalne žalitve, spodkopavanja, prikrivanje

informacij, sabotaže, okrivitev žrtve za dejanje, ki ga ta ni storila, nespoštovanje zasebnosti in skrivljene izpovedi resnice (Spring, 2008). Vertikalno nasilje je vrsta nasilja, ki se pojavlja med posamezniki na različnih stopnjah hierarhične moči, ki so lahko usmerjene navzdol ali navzgor (Sherri in Stroud, 2010). Horizontalno in vertikalno nasilje v zdravstveni negi se med seboj prepletata. Tako horizontalno kot vertikalno nasilje namreč pomenita, da zaposleni izvajajo nasilje nad sodelavci, ki so bodisi enakovredni bodisi podrejeni v hierarhiji vlog in moči v zdravstveni negi. Obe omenjeni vrsti nasilja sta lahko prikriti in ju je težko opaziti ali odkriti. Žrtev ima zato težave pri iskanju pomoči v delovnem okolju (Becher, 2012). V nadaljevanju bomo oba pojma nekoliko podrobneje pojasnili.

Vertikalno nasilje se najpogosteje pojavlja med posamezniki na različnih stopnjah hierarhične moči v zdravstveni negi, ki so lahko usmerjene navzdol (glavna medicinska sestra in nadzorna medicinska sestra) ali navzgor (medicinska sestra in glavna medicinska sestra ali nadzorna medicinska sestra) (Sherri in Stroud, 2010). Lahko gre za prikrita ali očitna dejanja verbalne ali neverbalne agresije. Vertikalno nasilje tvorijo vedenja, kot so spori med medicinskimi sestrami, pasivno agresivno vedenje, zavijanje z očmi na odgovor na vprašanje, nesramne in ponižujoče pripombe ter neupoštevanje osebnega mnenja in zasebnosti (Dudley, 2015). Vertikalno nasilje v zdravstveni negi lahko privede do zlorab legitimne oblasti ali zlorabe neformalne moči, kar lahko ogroža delovni proces. Zloraba legitimne oblasti vključuje obnašanje, kot so pretirane kritike, nerazumno podajanje delovnih nalog in zavrnitve napredovanj oziroma možnosti in priložnosti za napredovanja ter dodatna izpopolnjevanja (Sherri in Stroud, 2010). Zloraba neformalne moči pa je vedenje, kjer posamezna medicinska sestra (ali več medicinskih sester) ogroža delo glavne ali nadzorne medicinske sestre v smislu pritožb, poniževanja ali nespoštovanja, namesto da bi reševali medsebojne spore. Vertikalno nasilje se razlikuje od ustrahovanja v tem, da ne zahteva ponavljajočega vzorca obnašanja več kot šest mesecev (Sherri in Stroud, 2010).

Horizontalno nasilje na delovnem mestu je opisano kot neželena zloraba ali sovražnost na delovnem mestu. Becher in Visovsky (2012) ter Thobaben (2007) opredelijo horizontalno nasilje kot sovražno, agresivno in škodljivo vedenje s strani medicinske sestre ali skupine medicinskih sester do druge medicinske sestre skozi stališča, dejanja, besede in/ali vedenje (Becher in Visovsky, 2012, str. 210). Za horizontalno nasilje je značilno, da grožnje in nasilno vedenje trajajo časovno dlje v primerjavi s konfliktom, kateremu smo izpostavljeni pri vsakodnevnem delu. Horizontalno nasilje je pogosto prikrito in ga je težko opaziti ali odkriti. Zato imajo žrtve težave pri iskanju pomoči na delovnem mestu. Horizontalno nasilje je tudi predstavljeno kot konflikt med skupinami z elementi očitne in skrite sovražnosti. Horizontalno nasilje lahko žrtve privede do depresij in posttravmatskih stresnih sindromov (Becher in Visovsky, 2012).

Da bomo lažje razumeli, kaj pomenita horizontalno in vertikalno nasilje, je treba pojem nasilja še natančneje razčleniti, in sicer s poudarkom na horizontalni in vertikalni poti

njegovega delovanja. V Preglednici 1 smo podali ter podrobneje opisali ključne pojme, ki so skupni imenovalci za horizontalno in vertikalno nasilje.

Ko govorimo o ustrahovanju, nam pojem pove, da gre za psihično ali fizično zlorabo. Horizontalna zloraba je zloraba med sodelavcema, ki sta si na hierarhični ravni enaka (Sheridan, 2008). Horizontalna sovražnost je vzorec obnašanja, kjer gre za nadzor in razvrednotenje sposobnosti. Pri horizontalnem nasilju gre za sabotažo med sodelavci na enaki hierarhični ravni, ki je lahko odkrita ali prikrita in gre zgolj za nefizično nasilje (Sheridan, 2008). Verbalna zloraba je vrsta komunikacije na krut in zaničljiv način, kjer gre za napad na strokovno sposobnost ali napad na osebni ravni, ki pa vedno predstavlja določeno obliko zlorabe moči – podrejeno ali nadrejeno.

Preglednica 1: Pojmi, ki opredeljujejo horizontalno in vertikalno nasilje (Sheridan, 2008)

Ustrahovanje: psihična ali fizična zloraba.
Horizontalna zloraba: zloraba, ki je usmerjena med dvema enakima sodelavcema.
Horizontalna sovražnost: dosleden vzorec obnašanja, ki služi nadzoru, zmanjševanju ali razvrednotenju sposobnosti.
Horizontalno nasilje: sabotaža, ki je usmerjena na sodelavca/-e, ki so na isti organizacijski ravni. Lahko je odkrito ali prikrito, storilec je lahko en sam ali skupina. Horizontalno nasilje je tipično nefizično.
Verbalna zloraba: vrsta komunikacije, ki se dojema kot kruto dejanje. Gre za napad na strokovne sposobnosti ali napad osebne narave.
Vertikalna zloraba: neustrezna uporaba moči proti podrejenim ali nadrejenim.

V Preglednici 2 smo se dotaknili znakov, ki nam kažejo, da se dogaja horizontalno ali vertikalno nasilje, in so povzeti po Griffin (2004). Poznamo znake, kjer gre za neverbalne namige, kot so dvigovanje obrvi, obračanje oči in pačenje obraza med podajanjem vprašanj ali odgovorov. Ko gre za zaničljive, nesramne in poniževalne komentarje, ki so velikokrat prikriti, govorimo o verbalnih pripombah. Pojavljajo pa se tudi očitna dejanja, ki spodkopavajo sposobnosti žrtve za opravljanje dela v zdravstveni negi, takšni dejanji sta recimo skrivanje medicinskih pripomočkov pred drugimi medicinskimi sestrami ter nejasno podajanje odgovorov na vprašanje v zvezi z nego, kadar neizkušena medicinska sestra prosi za posvet v dobrobit za pacienta (Griffin, 2004). Med medicinskimi sestrami je zelo pomembno, da je vir informacij zelo izčrpen in podroben. Velikokrat na tem področju nastane velik manko predvsem zaradi namernega ali nenamernega prikrivanja informacij, kar otežuje delo in škoduje predvsem pacientom, ki ne dobijo dovolj kakovostne in ažurne obravnave. Pri namerni sabotaži, ki je velikokrat prikrita, medicinska sestra storilka stori dejanje, za katero po krivem odgovarja druga medicinska sestra, ki je žrtev nizkotnega dejanja in je na nemilost postavljena v nelagodno situacijo (Griffin, 2004). Interna skupina je skupina

medicinskih sester, ki namenoma izločijo drugo medicinsko sestro zaradi nestrpne sovražnosti, pri tem pa je medicinska sestra (žrtev) pogosto okrivljena za dejanje, ki ga ni storila oziroma za katero niti ni vedela ali pa je celo v tistem dnevu ni bilo na delovnem mestu (Griffin, 2004). Pasivno-agresivno vedenje je pritoževanje drugim osebam, pri čemer ni neposrednega govora o specifični osebi, a kljub temu vsi vključeni vedo, o kom je govora. Ob neprisotnosti obrekovane osebe so neresnične izpovedi in pritoževanje drugim osebam ter nespoštovanje zasebnosti zahrbtna dejanja (Griffin, 2004).

Preglednica 2: Znaki horizontalnega in vertikalnega nasilja (Griffin, 2004)

Neverbalni namigi (prikriti in očitni): dviganje obrvi, obračanje oči ali pačenje obraza na odgovor ali vprašanje.
Verbalne pripombe (prikrite): zaničljivi, nesramni in poniževalni komentarji, nenaden odziv na vprašanja.
Ukrepi (očitni): dejanja, ki spodkopavajo sposobnost žrtve za opravljanje delovnih nalog v zdravstveni negi (primer: skrivanje ali kopičenje predmetov za nego bolnikov pred drugimi medicinskimi sestrami; druge medicinske sestre niso na voljo za vprašanja v zvezi z nego).
Zavrnitev ali nenehna prezaposlenost: zavrnitev pomoči sodelavki pri vprašanjih v zvezi z zdravstveno nego.
Viri informacij (prikriti in odkriti): ne dajanje informacij o pacientu ali postopku (primera: medicinska sestra namerno ne pove drugi medicinski sestri, da je pacient premeščen v drugo sobo ali na drug oddelek ali da pripomoček za merjenje pritiska v ambulantni sobi ne deluje ipd.).
Namerno sabotiranje (prikrito): namerno prikritje informacij o pacientu ali nalogah, postavitev medicinskih sester v nelagodno situacijo.
Interna skupina (prikrito): skupina medicinskih sester brez drugih članov osebja.
Krivci (prikrito): za negativno dejanje krivijo nedolžno medicinsko sestro.
Pasivno-agresivno vedenje (prikrito): pritoževanje nad osebo, govorice, ki niso neposredno usmerjene k osebi (brez poimenovanja)
Neresnične izpovedi in nespoštovanje zasebnosti (prikrito): opisano tudi kot opravljanje; izmenjava neresničnih informacij, poseganje v zasebnost.

Na podlagi pregleda literature lahko zaključimo, da sta horizontalni in vertikalni obliki nasilja v zdravstveni negi zelo podobni med seboj. Obe temeljita na najpogostejše posrednem ali neposrednem verbalnem nasilju, ki se kaže kot nespoštovanje in neupoštevanje medicinske sestre, omalovaževanje in blatenje (Sheridan, 2008; Spring, 2008; Becher in Visovsky, 2012). Razlika med obema oblikama nasilja se kaže predvsem v hierarhični smeri odnosov med žrtvami in storilci (Sherri in Stroud, 2010).

Vertikalno nasilje temelji na zlorabi moči nadrejenega nad podrejenim(i) ali nelegitimnem usmerjanju in uporabi moči podrejenih nad nadrejenim. Horizontalno nasilje pa poteka med posamezniki na isti hierarhični ravni, pri čemer si posameznik ali skupina podelijo nelegitimno moč izživljanja nad sodelavcem.

4.3 Pogostost pojavljanja horizontalnega in vertikalnega nasilja

O horizontalnem in vertikalnem nasilju na delovnem mestu je v Sloveniji zelo malo dostopnih podatkov (Selič in sod. 2012). Horizontalno in vertikalno nasilje je pogost pojav, vendar žal – po nam znanih informacijah – ne razpolagamo z raziskavami, ki bi posebej poročale o incidenci vertikalnega nasilja v zdravstveni negi (nadrejena medicinska sestra nad podrejeno medicinsko sestro) in horizontalnega nasilja v zdravstveni negi (medicinske sestre na enaki ravni hierarhične strukture). Na vertikalni ravni se nasilje med medicinskimi sestrami pojavlja pri približno 71,4 % (Selič in sod., 2012). Po podatkih iz raziskave Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in tehnikov Slovenije, je 78,5 % zaposlenih v zdravstveni negi do danes že zaznalo nasilje na delovnem mestu (Babnik in sod., 2012). Kot ugotavljajo Selič in sod. (2012), so medicinske sestre dejanju trpinčenja na delovnem mestu izpostavljene v večjem deležu (kar 71,4 %) v primerjavi z zdravniki (51,2 %). V obeh poklicih pa so povzročitelji najpogostejše nadrejeni (Selič in sod., 2012). Najpogostejši izvajalci nasilja nad medicinskimi sestrami so pacienti in medicinske sestre same; pojav horizontalnega nasilja v zdravstveni negi je v Sloveniji pogost (Babnik in sod., 2012). Pri tem se kaže tudi vzorec, da ima večji delež povzročiteljev nasilja med medicinskimi sestrami višjo izobrazbo kot žrtve (Babnik in sod., 2012), kar potrjuje vlogo moči nad žrtvijo pri izvajanju nasilja. Če pa pogledamo tuje raziskave, so podatki podobni. Za primer smo vzeli raziskavo Yildirim in Yildirim (2007), dveh turških avtorjev, ki sta med raziskovanjem prišla do zaključka, da je kar 86,5 % medicinskih sester poročalo o trpinčenju in nasilju s strani nadrejenih medicinskih sester ali sodelavcev (na isti hierarhični ravni), tako v javnem kot tudi v zasebnem sektorju. Pomemben podatek pa je tudi ta, da je 56,4 % medicinskih sester, ki so doživele nasilje, to tudi prijavilo, vendar neuspešno – njihova prijava ni bila ustrezno obravnavana (Yildirim in Yildirim, 2007). Stanley in sod. (2009) na vzorcu 663 medicinskih sester, zaposlenih v terciarni zdravstveni dejavnosti, ugotavljajo, da 46 % udeležencev ocenjuje horizontalno nasilje kot zelo resen ali precej resen problem v delovnem okolju, 65 % udeležencev pa navaja, da pogosto opažajo horizontalno nasilje med sodelavci. Podobno ugotavljata Becher in Visovsky (2012), ki povzemata dosedanje raziskave horizontalnega in vertikalnega nasilja v zdravstveni negi: približno 61 % medicinskih sester je do danes že opazilo nasilje med sodelavci v zdravstveni negi v timu ali enoti, to nasilje pa se razširi tudi na vertikalno raven, kar se kaže v pogostem nasilju vodstvenih kadrov v zdravstveni negi nad svojimi sodelavci medicinskimi sestrami oz. zdravstveniki, saj ti namreč poročajo v skoraj 30 %, da so že doživele nasilje s strani vodstvenih kadrov v zdravstveni negi.

Podatki o incidenci pojavljanja horizontalnega in vertikalnega nasilja niso konsistentni ali primerljivi, toda nakazujejo, da je v zdravstveni negi pojav nasilja nad sodelavci medicinskimi sestrami oziroma zdravstveniki pogost in da ga je doživelo več kot 50 % zaposlenih. Pojava horizontalnega nasilja in vertikalnega nasilja se pri tem prepletata – v obeh primerih sta žrtev in storilec iz stroke zdravstvene nege.

4.4 Dejavniki, ki razložijo horizontalno in vertikalno nasilje na delovnem mestu

Dejavnike, ki razložijo pojav horizontalnega in vertikalnega nasilja, navajajo teorije, ki skušajo pojasniti nasilje in posamične raziskave. Najprej bomo predstavili teorije, ki razlagajo nasilje med sodelavci v zdravstveni negi.

Različne teorije so poskusile razložiti nastanek horizontalnega nasilja v zdravstveni negi. Teorija zatiranja (Sellers in Millenbach, 2010) pojasnjuje, da horizontalno nasilje ni nujno usmerjeno na posameznika, ampak je več – je odgovor na situacijo, v kateri se nahaja medicinska sestra. Avtorji (Sellers in Millenbach, 2010) menijo, da medicinskim sestram strah pred maščevanjem in kaznovanjem preprečuje ustrezen odziv na dejanja zatiranja, zato so še toliko bolj ranljive.

Člani negovalnega poklica so opisani kot zatirana skupina pretežno ženskega tima (Becher in Visovsky, 2012). Teorija zatiranja je opisana kot nemoč, pomanjkanje nadzora nad delovnim okoljem in posledično nizka samopodoba, kar prispeva k razvoju horizontalnega nasilja znotraj negovalnega poklica (Becher in Visovsky, 2012). Zatirane skupine nimajo avtonomije in nadzora nad delovnim okoljem, kar povzroča cikle nizkega samospoštovanja in občutek nemoči, ki vodi do konfliktov med sodelavci. Dolga tradicija hierarhične strukturne moči v zdravstvu in zdravstveni negi je med ključnimi razlogi nastanka nasilja na horizontalni ravni (Cheryl in Mccaffrey, 2007), glede na podobne mehanizme vertikalnega nasilja pa so ključni razlogi pojavljanj tudi te oblike nasilja zelo podobni. Ustrahovanje je naučeno vedenje, ki se razvija v delovnem okolju in katerega se ne jemlje resno; tudi organizacije nimajo interesa, da bi se ukvarjale s tem problemom (Sellers in Millenbach, 2010).

Pri proučevanju ustrahovanja v zdravstvenem poklicu so medicinske sestre izločene iz raziskovanj o horizontalnem nasilju med medicinskimi sestrami, saj si organizacije v celotni hierarhični verigi prizadevajo prikriti dejstva, da se horizontalno in vertikalno nasilje med zdravstvenimi delavci pogosto dogaja (Egues in Leinung, 2013). Avtorji (Egues in Leinung, 2013) tudi navajajo, da imajo medicinske sestre v zdravstvenem timu manjšo moč kot zdravniki, posledično sta prisotna neravnovesje moči in neenakomerna razdelitev pooblastil, in sicer tudi za področje, za katerega je zdravstvena nega kompetentna. Zagotavljanje pristojnosti, pooblastil in moči pri odločanju o zdravstveni negi ter omogočanje dejavnega sodelovanja pri oblikovanju delovnega okolja bi privedla tudi do zmanjšanja nasilja med medicinskimi sestrami (Egues in Leinung, 2013). Moč in neravnovesje v zdravstveni negi sta povezana z omejeno

avtonomijo in dominacijo skozi avtoritativno vodenje, ki sili medicinske sestre v pomanjkanje nadzora (Egues in Leinung, 2013) ter s tem v medsebojno obračunavanje. Pomanjkanje nadzora lahko zavira medicinske sestre na osebnem in poklicnem napredovanju ter skrbi za pacienta. Nemoč lahko negativno vpliva tudi na medsebojne odnose (Egues in Leinung, 2013).

Različne teorije (Egues in Leinung 2013; Sellers in Millenbach, 2010) razložijo nastanek horizontalnega in vertikalnega nasilja kot posledico dolgotrajnega zatiranja in sprejetja vloge zatirane skupine med izvajalci zdravstvene nege. Omejitev moči pa je posledično privedla do medsebojnega obračunavanja med izvajalci zdravstvene nege (Babnik in sod., 2012) na isti ravni ali po vertikalni liniji, da je zdravstvena nega sprejela vloge zatirane skupine. Bolj specifične dejavnike horizontalnega in vertikalnega nasilja opredeljujejo tudi drugi avtorji.

Kot ugotavljata Becher in Visovsky (2012), je horizontalnemu in vertikalnemu nasilju na delovnem mestu skupen dejavnik slaba komunikacija pri najrazličnejših dogodkih, ki vplivajo na zdravstveni tim (Becher in Visovsky, 2012). Ko se bistvene informacije, ki so kot posledica horizontalnega nasilja povezane z oskrbo pacientov, izpustijo, je v veliki meri žrtev medicinska sestra, kateri očitajo slabo oskrbo pacienta in ogrožanje pacientove varnosti. Drugi dejavniki, ki tudi privedejo do nasilja, so (Becher in Visovsky, 2012): mlad kader, izgorelost, pritiski vodilnega kadra, pritiski zdravnikov, nehuman urnik dela, vedno večje zahteve pacientov in povečan pretok medicinskih sester. Med zelo pomembne dejavnike prištevamo tudi delovne pogoje (Makuc, 2009), ki so predvsem notranji vzroki v organizaciji. Ta dejavnik se nanaša zlasti na vertikalno raven, kjer imajo glavno vlogo vodilni v organizaciji. Skupaj z zaposlenimi morajo oblikovati kulturo in vrednote organizacije dela. Nadrejeni morajo poskrbeti za pravičen sistem nagrajevanja in napredovanja ter da ne pretiravajo z zahtevami, ki jih nalagajo svojim podrejenim (Makuc, 2009).

4.5 Povzročitelji in žrtve horizontalnega in vertikalnega nasilja

Storilec nasilja želi pridobiti, povečati ali dokazati svojo moč nad žrtvijo. Razlogi, zaradi katerih posameznik napade drugega, so lahko občutek ogroženosti, obup in neurejeni odnosi v prostočasnem življenju (Anderson, 2002). Raziskave so pokazale, da so medicinske sestre, ki v največji meri povzročijo konflikte z drugimi medicinskimi sestrami, same žrtve izgorelosti (Cheryl in Mccaffrey, 2007). V veliki meri je povzročitelj organizacija, saj zaradi pomanjkanja kadra žene medicinske sestre v nemogoč urnik in s tem v telesne in psihološke posledice, kar privede do horizontalnega nasilja med medicinskimi sestrami (Cheryl in Mccaffrey, 2007). S tem trpi organizacija, saj zaposleni nimajo pobude in motivacije za dobro opravljanje svojega dela, posledica je povečana fluktuacija med zaposlenimi (Cheryl in Mccaffrey, 2007).

Med žrtvami nasilja naj bi bile pogostejše medicinske sestre z nizko samopodobo, nizko samozavestjo in nizkim samospoštovanjem (Weinand, 2010). Medicinske sestre

nezavedno vplivajo na razdraženost in agresivno vedenje drugih zaposlenih s tem, ko svojo jezo potlačijo (Spector in sod., 2007). Nasilju na delovnem mestu so pogostejše izpostavljene osebe, ki so v preteklosti že izkusile zlorabo, nasilje in grožnje. S pasivnim vedenjem, ugajanjem in podrejanjem kažejo večjo ranljivost za nadaljnje nasilje ali pa so v stalni pripravljenosti na napad, zato v konfliktnih situacijah reagirajo izrazito ježno ali anksiozno (Anderson, 2002).

Kaj povzroča to vedenje? To, da si človeška bitja grozijo in se žalijo, ni nič nenavadnega in novega (Fudge, 2006). Če pa na delovnem mestu dodamo vertikalne in horizontalne pritiske in osebne napetosti, pa vse to pogosto ustvarja sovražno in nesolidarno vedenje (Fudge, 2006). Nekatere raziskave na Novi Zelandiji, Avstraliji, Veliki Britaniji in ZDA kažejo, kako so nekatera negativna vedenja ukoreninjena in včasih sprejeta (Fudge, 2006). Angleški frazem »*nurses eat their young*« (Fudge, 2006, str. 4) pomeni, da se starejše medicinske sestre pogosto izživljajo in izvajajo nasilje nad mlajšimi medicinskimi sestrami, ki so na začetku svoje poklicne kariere. Raziskave v Veliki Britaniji (Fudge, 2006) so pokazale, da so medicinske sestre druge etnične pripadnosti pogostejše ustrahovane kot medicinske sestre lokalnega okolja. Medicinske sestre druge etnične pripadnosti so deležne rasnih zlorab (Fudge, 2006). V slovenskem prostoru ob pregledu dostopne literature (Makuc, 2009) ni bilo zaslediti, da bi bile medicinske sestre drugih etničnih in rasnih pripadnosti bolj izpostavljene nasilju na delovnem mestu, pri čemer pa se raziskave niso usmerjale specifično v proučevanje vloge pripadnosti etničnih manjšin v doživljanju nasilja na delovnem mestu.

4.5.1 Medgeneracijsko nasilje v zdravstveni negi

Najpogostejše so žrtve horizontalnega in vertikalnega nasilja na delovnem mestu mlade, novozaposlene medicinske sestre ter študentke zdravstvene nege. V tuji literaturi pogosto uporabljajo frazem »*nurses eat their own*« (Farell in sod., 2014) oziroma v prevodu »*sestre jedo druge svoje vrste*«, kar pomeni, da se starejše in izkušene medicinske sestre verbalno izživljajo ter izvajajo nasilje nad mladimi in neizkušenimi medicinskimi sestrami. Farell in sod. (2014) opisujejo, da so mlade medicinske sestre ter študentke zdravstvene nege že v zgodnji fazi svoje kariere poti izpostavljene verbalnemu nasilju. To jih pogosto pahne v anksioznost in dobijo slabem priokus poklica medicinske sestre. Mlade medicinske sestre tako hitreje zapustijo nezdravo delovno okolje, saj še niso vzpostavile globlje vezi s sodelavci. Glede na globalno pomankanje medicinskih sester na trgu dela, lahko taka ravnanja in fluktuacija, ki je posledica teh, privedejo do pomanjkanja in kolapsa v zdravstveni negi in s tem še večje obremenitve stalno zaposlenih medicinskih sester (Farell in sod., 2014). Mladim medicinskim sestram, na začetku kariere bi bilo treba nuditi vso podporo s strani izkušenih medicinskih sester z visoko ravno empatije do učenja. Mlade medicinske sestre bi morale biti vodene in ne prepuščene same sebi, saj lahko le tako pridejo do določene stopnje znanja za samostojno in suvereno opravljanje poklica (Farell in sod., 2014). Prepoznavanje nasilja na delovnem mestu je ključnega pomena, da se upremo temu najnižjotnejšemu dejanju. Vsak od nas ima možnost posredovati, ko se nad

nekom izvaja nasilje; tako si ne smemo samo zatiskati oči pred tem dejanjem (Farell in sod., 2014). Vsak od nas je lahko tudi nasilnež v širšem pomenu besede ali potencialni nasilnež in tega se moramo zavedati (Farell in sod., 2014). Nasilje nad mlajšimi medicinskimi sestrami lahko nevede izvajamo že s tem, da jih ignoriramo in jim ne nudimo pomoči, ko jo te – za dobrobit pacienta ali zgolj za svojo lastno rast v znanju – potrebujejo. Mlade medicinske sestre ob tem doživljajo stisko in nemoč na delovnem mestu (Farell in sod., 2014).

4.6 Posledice horizontalnega in vertikalnega nasilja

Horizontalno nasilje, zatiranje in njihove učinke je v literaturi zaslediti že več kot 20 let (Cheryl in Mccaffrey, 2007). Horizontalno nasilje škoduje dostojanstvu posameznika (Becher in Visovsky, 2012). Vsako agresivno dejanje med sodelavci, ki bi si morali nuditi podporo in deliti izkušnje med mlajšimi sodelavci, je škodljivo za poklic. Horizontalno nasilje ima posebne posledice za novozaposlene medicinske sestre, ki imajo številna vprašanja in zahtevajo strokovni razvoj, da se izoblikujejo in pokažejo svoj potencial. Novozaposlene medicinske sestre lahko bolj čustveno doživljajo horizontalno nasilje in težje dosegajo uspeh zaradi nenehno konfliktnega okolja. Horizontalno nasilje vpliva na celotni zdravstveni tim. Zaradi obtoževanja kot posledice nasilnega vedenja lahko pride do razkola med zaposlenimi ali skupino zaposlenih. Horizontalno nasilje povzroča široko paleto učinkov, ki se raztezajo od žrtve do zdravstvenega varstva in na koncu občutijo posledice tudi bolniki (Becher in Visovsky, 2012).

Pri žrtvah horizontalnega nasilja se lahko pojavijo znaki, kot so nizka samozavest, akutna anksioznost, depresija, motnje spanja, posttravmatski stresni sindrom itd. Medicinske sestre so zaradi horizontalnega nasilja doživele tudi telesne simptome, kot so izguba ali povečanje telesne teže, hipertenzija, srčne palpitacije in sindrom razdraženega črevesja (Cheryl in Mccaffrey, 2007). Mnoge medicinske sestre, ki so doživele horizontalno nasilje, so bile zaradi nelagodnosti in nevzdržnosti konfliktov med sodelavci ter duševnega zdravja primorane zapustiti institucijo ali celo zamenjati poklic. To lahko privede do velikega pomanjkanja medicinskih sester v zdravstvu (Becher in Visovsky, 2012). Zaradi nemoči, jeze in ponavljajočega se ustrahovanja žrtve pogosto izostajajo z dela. Pri žrtvah horizontalnega nasilja se lahko pojavijo tudi znaki samomorilnega vedenja (Becher in Visovsky, 2012).

Podobno pomeni verbalna zloraba komunikacijo z besedami, intonacijo ali način, ki drugemu sporoča podcenjevanje, zastraševanje, poniževanje, obsojanje ali nespoštovanje (Sofield in Salmond, 2003). Ne glede na konkretno obliko pa pomenita tako vertikalno kot horizontalno nasilje »zlorabo« nad žrtvijo (Babnik in sod., 2012). Čustvena zloraba je več kot verbalna žalitev (Zajc, 2010) – je najpogostejša oblika zlorabe, a se o njej najmanj govori. Vzrok za to, da jo ljudje tako zlahka spregledajo, je predvsem dejstvo, da je velik del tega, kar razumemo kot normalne in sprejemljive oblike sporazumevanja, v resnici zloraba (Zajc, 2010). Čustveno zlorabo spremlja vrsta

dogodkov ali vedenjskih vzorcev, ki se pojavljajo v določenem času. Čustvena zloraba je vrsta ponavljajočih se bodisi namernih bodisi nenamernih dogodkov, ki žalijo, grozijo, ponižujejo in/ali nadzirajo drugo osebo (Zajc, 2010). Vključuje lahko vzorec enega dogodka ali več zlorab, kot so žalitve, kritiziranje, nasilne zahteve ali pričakovanja, grožnje, zavrnitev, zanemarjanje, vzbujanje občutka krivde, nadziranje, izolacija, kaznovanje (Zajc, 2010). Čustvena zloraba ima za posledice uničujoče in daljnosežnejše učinke. Čustvena zloraba namreč zadene človeka v njegovo jedro, v njegovo človeško bistvo. Če se čustvena zloraba pogosto ponavlja, jo žrtev v večini primerov ponotranji ter razvije občutja strahu, krivde, nepomembnosti, nevrednosti, nezaupanja, nezaželenosti in neljubljenosti ali občutek, da je slab človek, ki si zasluži kazen (Zajc, 2010).

V literaturi nismo zasledili posebej opisanih posledic vertikalnega nasilja na medicinske sestre. Zaključimo pa lahko, da ima vsako nasilje podobne negativne posledice na posameznika, ki se nanašajo na njegovo blagostanje in kakovost življenja (Babnik in sod., 2012). Kot posledice psihičnega nasilja, ki je najpogostejša oblika vertikalnega nasilja, so v literaturi (Babnik in sod., 2012) navedene: nezmožnost komunikacije v delovnem timu, nezmožnost vzpostavljanja in ohranjanja socialnih stikov, poslabšan ugled, tveganje za zaposlitev in vpliv na fizično zdravje. Žrtve nasilja doživljajo posledice na različnih področjih delovanja (Babnik in sod., 2012; Leyman, 1990):

- socialna izolacija, stigmatizacija, prostovoljna brezposelnost, socialna neprilagojenost;
- izguba virov soočanja s stresom, izguba socialne opore;
- doživljanje stresa, nemoči, obupa, anksioznosti.

4.7 Preprečevanje nasilja na delovnem mestu

Preprečevanje nasilja na delovnem mestu je najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na to, da se nasilje na delovnem mestu postopoma zmanjša ali v veliki meri izniči. Preprečevanje nasilja se izvaja na treh ravneh, in sicer v obliki primarne, sekundarne in terciarne preventive (Pust in Štirn, 1998; Rogelj, 2009). Primarna preventiva se usmerja na intervencije za preprečevanje pojava nasilja, sekundarna preventiva se usmerja na zgodnje prepoznavanje nasilja, terciarna pa na intervencije, usmerjene v pomoč žrtvam po doživetem nasilju (Rogelj, 2009).

4.7.1 Primarna preventiva nasilja na delovnem mestu

Egues in Leinung (2013) priporočata tri ključne elemente učinkovitega preprečevanja nasilja na delovnem mestu medicinskih sester, ki jih lahko obravnavamo kot oblike primarne preventive nasilja. Spodnja slika (Slika 1) prikazuje elemente primarne preventive nasilja na delovnem mestu, kot to obravnavata Egues in Leinung (2013).

Prvi element je timsko delo (Egues in Leinung, 2013). Medicinske sestre se morajo naučiti, kako delati kot ekipa, ki sodeluje za skupni cilj in v skupno dobro. Cilj bi moral biti, da komunicirajo pošteno, odprto in spoštljivo druga do druge ter na ta način z ekipnim delom pospešujejo razvoj zdravega delovnega okolja v družbi. Medicinske sestre morajo služiti kot vzor tako znotraj kot zunaj poklica za vzpostavitev standarda za sodelovanje in komunikacijo pri delu, razvijati strategije, spretnosti ter izmenjati najboljšo prakso o ustrahovanju v horizontalnem in vertikalnem nasilju med medicinskimi sestrami (Egues in Leinung, 2013).

Drugi element je izobraževanje (Egues in Leinung, 2013; Chu in Evans, 2016; Thompson, 2016). Da bi se nasilje znotraj stroke med medicinskimi sestrami preprečilo, je treba zagotoviti informacije drugih medicinskih sester v obliki razvoja izobraževalnih programov, možnosti za nadaljnje izobraževanje, pomoči pri oblikovanju politike in njeno vrednotenje. Prav tako bi bilo treba izobraževanje o ustrahovanju in njeno izkoreninjenje vključiti v učne načrte oziroma v vse študijske programe (Thompson, 2016). Obstajati bi morale priložnosti za medicinske sestre, da s svojimi izkušnjami iz prakse sodelujejo in prispevajo k oblikovanju izobraževanja, standardov v praksi in akreditacij, ki obravnavajo prenehanje ustrahovanja (Egues in Leinung, 2013). Usposabljanje za preprečevanje nasilja na delovnem mestu mora temeljiti na nizu politik in zagotoviti kontinuirano ali periodično usposabljanje, odvisno od posebnih potreb, za vse delavce in njihove predstavnike, nadzornike in menedžerje (Di Martino, 2002). Usposabljanje mora vključevati (Di Martino, 2002):

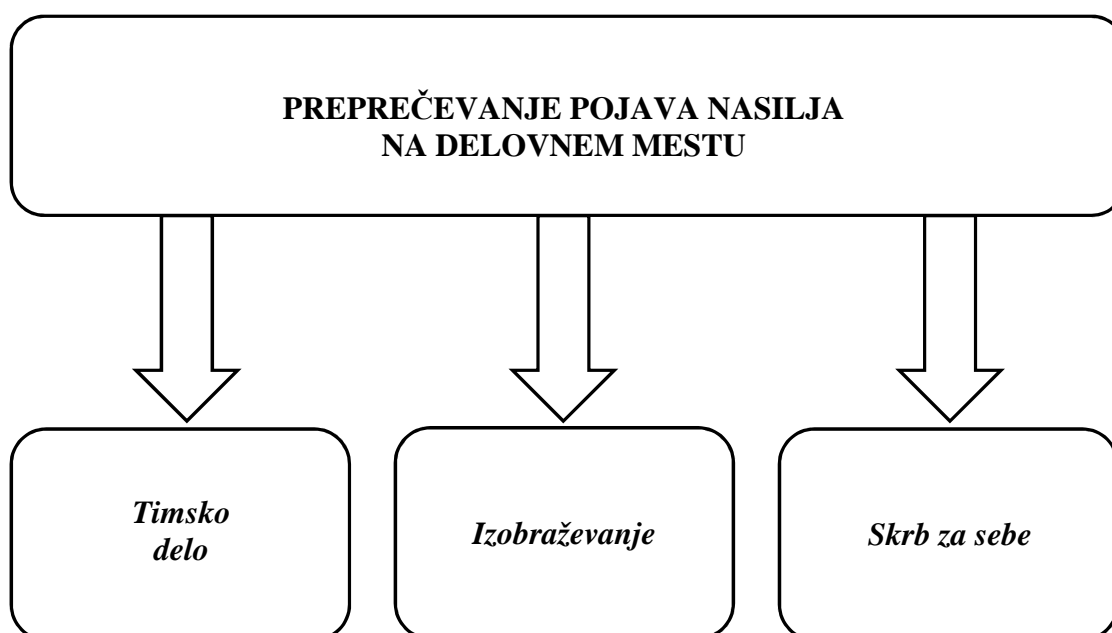
- usmerjenost v delovno okolje, politiko dela in postopke za upravljanje pritožb;
- informacije o različnih vrstah nasilja na delovnem mestu;
- razvijanje občutljivosti do vprašanj raznolikosti in diskriminacije;
- izboljšanje sposobnosti za prepoznavanje potencialno nasilne situacije;
- urjenje medosebnih in komunikacijskih spretnosti, ki bi lahko preprečile pojav potencialnega nasilja na delovnem mestu;
- razvoj kompetenc pri posebnih nalogah, ki jih izvajajo delavci;
- pripravo »ožje skupine« odgovornega in posebej za to usposobljenega osebja in predstavnikov delavcev, ki lahko prevzamejo odgovornost za zapletene interakcije;
- usposabljanje s področja razvoja asertivnosti;
- samoobrambo, kot se zahteva v skladu z oceno tveganja.

Izobraževanja o preprečevanju nasilja na delovnem mestu bi se morale kot dela strokovnega razvoja udeležiti vse medicinske sestre, in sicer morda vsaki dve leti (Grove, 2013). Izobraževanje pomaga tudi razviti sodelovanje z okolico, opremljeno z znanjem o tem, kako naj pozitivno uporabijo procese sprememb, obvladajo konflikte, spretnosti odločanja, obvladovanje stresa in vodenja, s poudarkom na izidu, ki ustreza celotni ekipi, ne samo posamezniku (Fudge, 2006). Med vsebine izobraževanja za preprečevanje nasilja nekateri avtorji (Di Martino, 2002) uvrščajo tudi promocijo

zdravja na delovnem mestu, in sicer v obliki izobraževanj in delavnic za zagotavljanje dobrega počutja zaposlenih na delovnem mestu. Vzdrževanje telesne pripravljenosti ter čustveno in psihično stabilne sta pogoja za učinkovit način spopadanja z nasiljem na delovnem mestu (Di Martino, 2002).

Tretji element je skrb zase (Egues in Leinung, 2013). Medicinske sestre se morajo naučiti skrbeti zase. V tuji literaturi lahko zasledimo, da medicinske sestre v skrbi za druge pogosto pozabijo na sebe (Price in McGillis Hall, 2014). Medicinske sestre bi morale bolj poskrbeti zase v smislu sprostitvenih in ustreznih vadb, kakovostne prehrane, počitka, svetujejo tudi okrepčilno masažo in druge oblike sprostitvenih terapij (Egues in Leinung, 2013). Element »skrb zase« morajo podpirati tudi delovne organizacije. Tako Di Martino (2002) navaja, da morajo delodajalci posebno pozornost in spodbudo nameniti razvoju navade redne telesne vadbe med zaposlenimi, pravilne prehrane in spalnih navad, sprostitvene tehnike in dejavnosti, še posebej tistih, ki vključuje socializacijo med zaposlenimi. Ukvarjanje s pogosto prikrivajočimi in nasprotujočimi zahtevami na delovnem mestu in v družini je lahko zelo stresno in ustvarja napetost in nezadovoljstvo. Zagotavljanje sredstev za usklajevanje delovnih in družinskih obveznosti, kot so prilagoditev delovnega časa, ustanovitev otroških vrtcev na delovnem mestu ali posebne pomoči pri samohranilcih, lahko učinkovito prispeva k preprečevanju nasilja na delovnem mestu (Di Martino, 2002).

Slika 1 prikazuje ključne elemente primarne preventive nasilja na delovnem mestu, kot jo obravnavata Egues in Leinung (2013).



Slika 1: Primarna preventiva nasilja na delovnem mestu

Da bomo lažje razložili, na kakšen način si lahko medicinske sestre pomagajo ali kako lahko preprečijo ter že v zgodnji fazi ukrepajo, da do horizontalnega ali vertikalnega

nasilja ne bi prišlo, v Preglednici 3 pojasnjujemo ključne pojme. Za zdravo delovno okolje in zadovoljstvo medicinskih sester so ključnega pomena složnost, spoštovanje ter pomoč pri napornem delu. Takšno vlogo imenujemo »modeliranje« (Egues in Leinung, 2013). Z njeno pomočjo se vzpostavi ravnovesje harmonije med sodelavci, medicinske sestre postanejo kreativne in avtonomne pri svojem delu ter močnejše pri doseganju zastavljenih ciljev na področju nege. Medicinske sestre se morajo zavzeti in pozivati k takojšnjemu ukrepanju (Egues in Leinung, 2013), ko pride do horizontalnega ali vertikalnega nasilja. Nadalje morajo biti osveščene o nasilju na delovnem mestu in svoje znanje in izkušnje podajati naprej na izobraževalnih delavnicah ter na tak način mlade medicinske sestre poučiti, kako naj ukrepajo, ko pride do nasilja (Chu in Evans, 2016). Vsaka medicinska sestra mora spoštovati svoje sodelavce ter se z osebno samorefleksijo poglobiti sama vase, da s primernim komuniciranjem, izbiro besed in vedenjem ne izzove konflikta na horizontalni ali vertikalni ravni (Egues in Leinung, 2013). Najpomembnejša vloga pa je preprečevanje in ukrepanje (Egues in Leinung, 2013; Chu in Evans, 2016; Wilson, 2016), saj je treba znotraj stroke vzpostaviti pravi dialog in tako izkoreniniti zlorabo in ustrahovanje na delovnem mestu na vseh ravneh hierarhije.

**Preglednica 3: Vloge v procesu preprečevanja in ukrepanj ob pojavu nasilja v zdravstveni negi
(Egues in Leinung, 2013; Chu in Evans, 2016; Wilson, 2016)**

Vloge modeliranja: medicinske sestre naj bi vestno in dosledno modelirale vzorno vedenje. Že dolgo je znano, da povečanje zadovoljstva pri delu izhaja iz skupinskega dela, kjer sodelavci uživajo in pomagajo drug drugemu. Da bi tim sodeloval skladneje in brez neželenih konfliktov, je nujno, da so vloge in odgovornosti medicinskih sester individualno avtonomne, kar poveča kreativnost.

Poziv k ukrepanju: medicinske sestre ne smejo dovoliti, da je kultura nasilja dopustna. Horizontalno nasilje ali nasilje na delovnem mestu oziroma celo nevljudnost ni sprejemljivo v zdravstvenem prostoru. Za večje ozaveščanje in spremembo kulture sprejemanja nasilja na delovnem mestu morajo medicinske sestre sodelovati pri izobraževanju o nasilju in ustrahovanju na delovnem mestu, da bodo lažje prepoznale znake nasilja in da bodo pravilno ukrepale v primeru naklepa ali celo dejanja nasilja na delovnem mestu, četudi niso same žrtve.

Osebna samorefleksija: samorefleksija kot horizontalno nasilje ima za posledico razmišljanje in razpravljanje o lastnem vedenju ali vlogi v ustrahovanju, sposobnosti komuniciranja o ustrahovanju in sposobnosti spoštljivega komuniciranja medicinskih sester med seboj na horizontalni ali celo vertikalni ravni. Medicinske sestre morajo razpravljati, kako se spopasti s konflikti, kako jih preprečiti in kako pristopiti k njihovem reševanju.

4.7.2 Sekundarna in terciarna preventiva nasilja na delovnem mestu

Sekundarna in terciarna preventiva nastopita, ko se nasilje na delovnem mestu že pojavi. Prvi korak je takojšnja prijava nasilja. Vsako dejanje v smislu horizontalnega ali vertikalnega nasilja na delovnem mestu je treba obravnavati z veliko mero solidarnosti in nično toleranco (Norris, 2010). Če nihče ne ukrepa, nasilneži ne bodo nikoli prenehali izvajati nasilja ali ustrahovanja (Fudge, 2006). Nična toleranca je edina politika, ki omogoča spremembo. Vsi storilci bi morali biti formalno disciplinsko odgovorni, incidenti pa bi se morali zabeležiti v datotekah zaposlenih (Growe, 2013). Storilci bi se morali udeležiti izobraževalnih delavnic na temo ustrahovanja, horizontalno/vertikalnega nasilja in neciviliziranosti na delovnem mestu. Izobraževalne teme lahko potekajo osebno, prek spleta ali skupinsko. V Veliki Britaniji obstaja posebej ustanovljena skupina delodajalcev v zdravstvu, ki se ukvarja z vprašanji nasilja (Fudge, 2006). Skupina zbira vprašanja, ki se obravnavajo prek politike, sledita strukturiranje in oblikovanje varnih metodologij preprečevanja nasilja. Na ta način se povečuje verjetnost, da pride do učinkovitega reševanja problematike nasilja na delovnem mestu (Fudge, 2006). Pomembna sekundarna preventiva je tudi t. i. »koda nasilje« (Chu in Evans, 2016). Izraz »koda nasilje« se uporablja za poimenovanje znaka oz. kode, ki jo sproži sodelavec v primeru, da je zaznal horizontalno nasilje sodelavca na drugega sodelavca (Chu in Evans, 2016). Na ta način medicinske sestre izkazujejo podporo žrtvi in učinkovito ukrepajo ob samem nastanku nasilja.

Di Martino (2002) in Zbornica-Zveza (n.d.2) navajata naslednje ključne elemente sekundarne in terciarne preventive nasilja na delovnem mestu: (I) pomoč in svetovanje žrtvam; (II) ukrepanje; (III) zdravljenje; (IV) de-briefing ali povzetek dogodka; (V) svetovanje; (VI) podpora vodstva; (VII) zastopanje in pravna pomoč; (VIII) rehabilitacija.

Pomoč in svetovanje: pomoč in svetovanje posameznikom, da prepoznajo nevarnosti v njihovem sedanjem vedenju in pomoči spremeniti svoje ravnanje in odnos, npr. nasilje v družini, zloraba substanc ali posledice stresa, depresije, nespečnosti (Di Martino, 2002).

Ukrepanje: dogodke nasilja je treba ciljano obravnavati in pravilno usmeriti, da se zmanjša vpliv nasilja na delovnem mestu in da se zagotovi, da se tovrstno nasilje ne bo ponovilo v prihodnosti. To bi moralo biti usmerjeno ne le na žrtve, temveč tudi na storilca, priče in vso drugo osebje, ki se ga nasilni incident ali vedenja neposredno ali posredno dotakne (Di Martino, 2002). Načrt ukrepanja za ravnanje v situaciji nasilja na delovnem mestu in pomoč vsem udeleženi v nasilju na delovnem mestu, ki so bili prizadeti, jim je potrebno nuditi strokovno pomoč. S tem bi preprečili psihične posledice nasilja na delovnem mestu in razvoj invalidnosti (Di Martino, 2002). Zelo pomembno je tudi ukrepanje žrtve, ko gre za ogrožajoče nasilje in je žrtev sama s povzročiteljem, zato ni mogoča pomoč sodelavcev. Takrat naj se žrtev skuša zaščititi pred poškodbami in čim prej poklicati policijo (Zbornica – Zveza, n.d.2). V primeru verbalnega ali agresivnega vedenja skuša žrtev povzročitelja ustaviti z jasnim

opozorilom, da je takšno vedenje nesprejemljivo. Uporabiti mora tehniko umirjanja, zniževanja napetosti in povzročitelja čim prej odstraniti z delovnega mesta ali sama oditi s kraja prizorišča nasilnega dejanja (Zbornica – Zveza, n.d.2). O dogodku naj takoj obvesti nadrejenega ter se posvetuje o možnosti nadaljnjih ukrepov (Zbornica – Zveza, n.d.2). Vsi delavci bi morali vedeti, kako in kje prijaviti nasilni incident, brez strahu pred povračilnimi ukrepi ali kritiko (Di Martino, 2002 in Zbornica – Zveza, n.d.2).

Zdravljenje: ob morebitnem nasilju na delovnem mestu je treba poiskati nujno medicinsko oskrbo, ki je ves čas na voljo, prav tako je treba zabeležiti psihične ali fizične posledice, ki so nastale kot posledice nasilja (Di Martino, 2002).

De-briefing ali povzetek dogodka: povzetek dogodka nasilja na delovnem mestu bi moral biti na voljo vsem tistim, ki so bili udeleženi ob ali v nasilju na delovnem mestu (Di Martino, 2002) in vključuje:

- izmenjavo osebnih izkušenj o nasilju z drugimi;
- pomoč tistim, ki so bili prizadeti zaradi nasilja na delovnem mestu, in razlago ter izničenje krivde, zakaj se je to njim zgodilo;
- nudenje psihične podpore;
- žrtvam posredovanje informacij, da se osredotočijo na dejstva;
- pojasniti žrtvam, da jim je tudi naknadno omogočena pomoč, ko bodo pripravljeni o tem spregovoriti.

Svetovanje: strokovnjak oziroma specialist za svetovanje mora biti na voljo, ko žrtev potrebuje pomoč. Strokovnjaka za svetovanje mora zagotavljati zdravstveni zavod kot del zdravja pri delu ali kliničnega psihologa, ki je pooblaščen s strani zdravstvenega zavoda. Če teh ni, mora organizacija zagotoviti zunanje pooblaščenega svetovalca (Di Martino, 2002).

Podpora vodstva: ob nasilnih dejanjih je vodstvo dolžno ukrepati. Zelo pomembno je, da se dogodek razjasni, in sicer s obravnavo nasilnega dejanja, tako da pričnemo s pogovori vpletenih v nasilje (Zbornica – Zveza, n.d.2). Pogovore izvede nadrejena oseba. Pogovore se opravi ločeno in prav tako s pričami dogodka. Nadrejena oseba mora paziti pri pogovoru in žrtvi dajati občutek varnosti in tako sporočati, da je nasilje nesprejemljiva oblika vedenja in da je za nasilje odgovoren povzročitelj. Nadrejeni mora varovati dostojanstvo vseh vpletenih in ne sme obsojati posameznih vpletenih oseb (Zbornica – Zveza, n.d.2). Vodstvo mora zagotoviti takojšnjo in dolgotrajno pomoč vsem žrtvam nasilja na delovnem mestu (Di Martino, 2002).

Zastopanje in pravna pomoč: sindikati, strokovne organizacije in po potrebi tudi kolegi bi morali biti vključeni v zagotavljanje zastopanosti in pravne pomoči, kot je potrebno (Di Martino, 2002). To bi vključevalo (Di Martino, 2002 in Zbornica – Zveza, n.d.2) :

- pomoč in podporo pri policijskih postopkih;

- posvetovanje z viri pravne pomoči v zvezi z možnostmi;
- udeležitev srečanja, preiskav in zaslišanja;
- pravice varnostnikov pri posredovanju ob nasilju na delovnem mestu;
- pritožbo v skladu z internim pravilnikom;
- prijavo kaznivega dejanja (v primeru poškodbe ali groženj) na policiji ali tožilstvu;
- druge pravne poti;
- Zbornica – Zveza (Delovna skupina za nasilje v zdravstveni negi);
- pomoč sindikata;
- psihosocialno pomoč v zdravstvenih, socialnih in drugih ustanovah;
- psihosocialno svetovanje v nevladnih organizacijah.

Rehabilitacija: okrevanje od nasilja na delovnem mestu lahko pomeni dolgo obdobje rehabilitacije. Žrtve nasilja je treba podpreti v celotnem obdobju rehabilitacije, na voljo jim je potreben čas, da si opomorejo, a tudi spodbuda, da se vrnejo na delo (Di Martino, 2002). Prej kot se žrtev lahko vrne na delo, lažje je zanje in s podporo skupine sodelavcev se bo lažje vključila v delovno okolje, kar potrebuje za učinkovito opravljanje nadaljnjega dela. Vendar pa žrtev nasilja ne sme biti izpostavljena stresu (Di Martino, 2002). Nudena ji mora biti fleksibilna oblika dela s skrajšanim delovnim časom. Ob podpori in razumevanju sodelavcev si žrtev ponovno pridobi samozavest. Za žrtve nasilja je pomembno, da se tako s fizičnega in psihičnega vidika dobro počutijo na delovnem mestu, ko se vrnejo v delovno okolje (Di Martino, 2002).

4.7.3 Regulirani postopki ob doživetem nasilju na delovnem mestu

Implementirani postopki za obravnavo doživetega nasilja na delovnem mestu so tudi eden ključnih elementov preventivnega ravnanja zdravstvenih ustanov. Med pridobivanjem podatkov o intervencijah, kako slediti zaporedju prijavljanja in odzivanja zdravstvenih ustanov na dogodek nasilja, smo naleteli na težavo, saj so vsi tovrstni postopki v zdravstvenih zavodih interna gradiva, za katera pa nismo dobili dovoljenja za objavo. Ker na spletu ni javno objavljen postopek obravnave nasilja na delovnem mestu, smo se morali opreti na zakonodajo in tuja ter domača priporočila. V nadaljevanju predstavljamo regulativo in druga priporočila (Di Martino, 2002; Zbornica – Zveza, n.d.2) o ravnanju ob pojavi nasilja na delovnem mestu.

Evropska unija zahteva od vseh članic, da v zakonodaji uzakonijo nasilje na delovnem mestu kot kaznivo dejanje (Mlinarič, 2007). V Sloveniji je prepoved kakršnega koli trpinčenja in nadlegovanja na delovnem mestu zapisana v Zakonu o delovnih razmerjih in Kazenskem zakoniku (Mlinarič, 2007). Na spletnem portalu Zbornice – Zveze (Zbornica – Zveza, n.d.1) so opredeljene spremembe delovnopravne zakonodaje v letu 2007 in Kazenskega zakonika, ki je inkriminiral trpinčenje na delovnem mestu v letu 2008, s čimer se je v Sloveniji oblikovala pravna podlaga za sistematično preprečevanje in ukrepanje ob zaznavi nasilja. Leta 2008 je Republika Slovenija dobila nov Kazenski

zakonik (*Kazenski zakonik*, 2012 KZ-1-UPB2. Uradni list RS, št. 50/2012), ki v 197. členu vključuje šikaniranje na delovnem mestu kot kaznivo dejanje (Čahut, 2014). Kdor na delovnem mestu ali v zvezi z delom drugega zaposlenega poniža ali prestraši, se kaznuje z zaporom do dveh let (KZ-1-UPB2). Zakon določa tudi štiri možne izvršitvene oblike kaznivega dejanja, katerih posledici sta ponižanje in prestrašenost oškodovanca. Posledice kaznivega dejanja morajo biti objektivno ugotovljene ter v vzročni povezavi s posameznikom (Čahut, 2014). Kaznivo dejanje je po uradni dolžnosti preganjano (Čahut, 2014). Če se izkaže, da ima dejanje za posledice hujše znake psihičnih, psihosomatskih ali fizičnih obolenj in posledično zmanjšano delovno storilnost zaposlenega, je predpisana zaporna kazen do treh let (KZ-1-UPB2). Kaznivo dejanje šikaniranja na delovnem mestu po 197. členu Kazenskega zakonika se lahko po izvršitvenih oblikah prepleta z drugimi kaznivimi dejanji, kot je na primer kršitev spolne nedotakljivosti z zlorabo položaja (174. člen). Kdor zlorabi položaj in s tem podrejeno osebo drugega ali istega spola z zlorabo moči pripravi do spolnega občevanja ali da trpi spolno nadlegovanje, se kaznuje z zaporom do petih let (KZ-1-UPB2). Ker so šikaniranju in različnim zlorabam pogostejše izpostavljeni pripadniki druge rase, barve, veroizpovedi, etnične pripadnosti, spola, jezika, političnega ali drugačnega prepričanja, spolne usmerjenosti, izobrazbe itd. in so s tem prikrajšani za katero izmed človekovih pravic ali temeljnih svoboščin, ki so priznane od mednarodne skupnosti ali določene z ustavo ali zakonom ali jim je takšna pravica ali svoboščina omejena, se tovrstno dejanje po 131. členu (Kršitev enakopravnosti) kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do enega leta (KZ-1-UPB2). Aktualna pa sta še 196. člen (Kršitev temeljnih pravic delavcev), ki govori, da kdor zavestno ne ravna po predpisih o sklenitvi pogodbe o zaposlitvi in o prenehanju delovnega razmerja, plači in drugih prejemkih iz delovnega razmerja, delovnem času, odmoru, počitku, letnem dopustu ali odsotnosti z dela, varstva starejših delavcev, prepovedi nadurnega ali nočnega dela, se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do enega leta (KZ-1-UPB2); in 274. člen (Grdo ravnanje s podrejenim), ki pravi, da se nadrejena oseba, ki v službi ali v zvezi z njo grdo ravna s podrejenim ali ravna z njim tako, da žali njegovo človeško dostojanstvo, kaznuje z zaporom do treh let (KZ-1-UPB2).

V primeru horizontalnega ali vertikalnega nasilja na delovnem mestu ima vsaka medicinska sestra možnost prijave in zaščite tudi prek delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi (Zbornica – Zveza, n.d.1). Skupina deluje od leta 2010 s pomočjo zunanjih strokovnjakov in sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije (Zbornica – Zveza, n.d.1). V okviru sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije deluje pravna služba za tovrstna pravna svetovanja in nadaljnje postopke prijave in obravnave nasilja. Žrtvam zlorab je treba ponuditi strokovno pomoč in svetovanje. Zbornica – Zveza (n.d.1) je na svoji spletni strani pripravila protokol obravnave v primeru nasilja na delovnem mestu, in sicer svetuje, naj najprej vodimo dnevnik, v katerega si zapisujemo kraj in čas, vpletenost prič in izrečene nasilne besede. Dokaze naj si shranjujemo. Če je le možno, se zaupajmo nekomu iz kolektiva in zaprosimo za drugo mnenje (Zbornica – Zveza, n.d.1). V nadaljevanju sledi neformalno ukrepanje ali formalno ukrepanje, kjer

se sproži postopek v skladu z internim aktom, če ga delodajalec ima. Podata se pritožba suma kaznivega dejanja šikaniranja na delovnem mestu zoper kršenja Zakona o delovnih razmerjih (2013) in prijava na inšpektorat za delo, če delodajalec ni sprejel ustreznih ukrepov. Z zbranimi dokazi in seznamom prič podamo ovadbo policiji ali tožilstvu (Zbornica – Zveza, n.d.1).

Organizacija in vodstvo imata posebno vlogo pri preprečevanju trpinčenja na delovnem mestu (Mugnaioni in Klemenc, 2011). Zavezana morata biti Zakonu o delovnem razmerju, ki v 44. členu določa, da mora delodajalec varovati in spoštovati delavčevo osebnost in ščititi njegovo zasebnost, v 45. členu pa določa, da je delodajalec dolžan zagotavljati takšno delovno okolje, v katerem noben delavec ne bo izpostavljen spolnemu in drugemu nadlegovanju ali trpinčenju delodajalca, predpostavljenih ali sodelavcev (Mugnaioni in Klemenc, 2011). Zatorej mora delodajalec sprejeti ustrezne ukrepe za zaščito delavcev pred spolnim in drugim nadlegovanjem ali pred trpinčenjem na delovnem mestu (Mugnaioni in Klemenc, 2011).

Ko pride do nasilja, ima žrtev možnost prijave na podlagi 45. člena Zakona o delovnih razmerjih (*Zakon o delovnih razmerjih*, 2012 ZDR-1. Uradni list RS, št. 40/2012), na podlagi 15. člena Pravilnika proti nadlegovanju in trpinčenju na delovnem mestu pa lahko žrtev prijavi nadlegovanje in trpinčenje. Ta člen navaja, da ima vsakdo, ki meni, da je žrtev nasilja ali trpinčenja na delovnem mestu ali v zvezi z delom, pravico podati prijavo. Prijava se poda pisno, in sicer v tiskani obliki. Ko delodajalec prejme prijavo, je dolžan najpozneje v 8 dneh formirati komisijo, upošteva določbe 14. člena Pravilnika (*Zakon o delovnih razmerjih*, 2012 ZDR-1. Uradni list RS, št. 40/2012). Prijava mora vsebovati naslednje podatke: kdo je domnevna storilka ali storilec, opis nasilnega dogodka ter podatek, kdaj se je ta zgodil. Prijavo iz prvega odstavka tega člena lahko poda žrtev sama ali njen pooblaščen zastopnik. Prijava se poda čim hitreje po spornem dogodku, najpozneje pa v roku enega leta od nastanka trpinčenja. S tem se močno prepleta tudi 14. člen iz omenjenega zakona, ki govori o postopkih reševanja konfliktov (*Zakon o delovnih razmerjih*, 2012 ZDR-1. Uradni list RS, št. 40/2012). Omenjeni člen navaja, da se moteča ravnanja storilca poskuša najprej neformalno razrešiti bodisi z opominom storilca bodisi z drugimi ukrepi, ki preprečujejo nadaljevanje nadlegovanja in trpinčenja na delovnem mestu. Če žrtev ne more sama ustaviti nasilja, mora delodajalec zagotoviti imenovanje komisije, ki konflikt uradno prevzame v reševanje. Naloge komisije so: opraviti notranjo preiskavo, oceniti izpovedbo žrtev ter storilca ter storiti vse v smeri, da se nadlegovanje ali trpinčenje preneha (Uradni list, RS, št. 40/2012).

Podobna navodila za ravnanje v primeru nasilja na delovnem mestu v zdravstveni negi podajajo tudi tuji avtorji. Di Martino (2002) navaja, da bi bilo treba delavce spodbujati, da poročajo o pogojih dela in situacijah, kjer so bolj izpostavljeni prekomernemu ali nepotrebnemu tveganju za nasilje na delovnem mestu, in podati predloge za zmanjšanje tveganja za nasilje ali izboljšanje delovnih pogojev. V ustanovah bi morali biti urejeni

pogoji in dokumenti za evidentiranje in prijavo nasilnih dejanj. Dokument (v obliki obrazca) za evidentiranje nasilnih dejanj naj vsebuje (Di Martino, 2002):

- ime, priimek in podpis osebe, ki nasilno dejanje evidentira;
- kraj dogodka in kje je prišlo do nasilja, vključno s fizičnim okoljem;
- datum in točen čas dogajanja nasilnega dejanja;
- dejavnosti v času incidenta;
- podrobnosti žrtve;
- podrobnosti (domnevnega) storilca;
- odnos med žrtvijo in domnevnim storilcem;
- kratek opis dogodka (z navedbo imen vpletenih oseb);
- priče dogajanja;
- kdo od nadrejenih je bil o dogodku obveščen;
- zapis zaključkov obravnave dogodka in morebitnih sprejetih ukrepov;
- izid prijave.

Kot poudarja Di Martino (2002), pa se prijava ne zaključi s samim dejstvom evidentiranja, temveč mora trajati kot proces vse do zaključka postopka s poročilom o izidu ravnanja pristojnih in vseh vpletenih v dogodek nasilja. Le na ta način lahko zdravstvene ustanove ustrezno preprečujejo ponavljanje nasilnih dejanj in zagotavljajo pomoč žrtvam nasilja.

5 RAZPRAVA

Horizontalna in vertikalna oblika nasilja ima močan vpliv na kakovost zdravstvene nege (Cheryl in Mccaffrey, 2007). Zaradi neprestanih pritiskov, konfliktov, namernega sabotiranja in konstantnega verbalnega nasilja se začnejo vrstiti pritožbe pacientov, ki ne dobijo zadostne pozornosti medicinskih sester (Cheryl in Mccaffrey, 2007). Posledično se zaradi nezbranosti vrstijo napake pri delu in splošno osebno nezadovoljstvo.

V našem zdravstvu je še veliko prostora za zmanjšanje oziroma popolno odpravo horizontalnega in vertikalnega nasilja. Prvi zametki (Zbornica – Zveza, n.d.1) so spodbudni, vendar so rezultati še premalo vidni. Velik problem tvorijo neznanje o nasilju, strah, zanikanje in nezadostna informiranost, kam in h komu se obrniti, da se bodo rezultati kazali v prid žrtve. Iz razpoložljive literature (Fudge, 2006) smo zasledili, da organizacije za pomoč pri nasilju v zdravstveni negi v velikem primeru zatajijo in žrtve ostanejo same. Nasilnež s tem pridobiva na moči in nadaljuje s svojimi dejanji.

Namen diplomske naloge je proučiti horizontalno in vertikalno nasilje v zdravstveni negi in zato smo se v raziskovalnih vprašanjih oprli na ključna vprašanja, za katera smo si zadali, da jih bomo proučili in analizirali v okviru horizontalnega in vertikalnega nasilja v zdravstveni negi.

Prvo vprašanje, ki smo si ga zastavili, je bilo: »Kako lahko opredelimo horizontalno in vertikalno nasilje – kaj je za njiju značilno?« Horizontalno in vertikalno nasilje v zdravstveni negi težko ločimo med seboj. Ključna razlika med njima je predvsem ta, na kateri ravni v hierarhični strukturi se nahajata izvajalec in žrtev. Za horizontalno nasilje je predvsem značilno nasilje na isti ravni organizacijske hierarhije (Spring, 2008), medtem ko se vertikalno nasilje najpogosteje pojavlja med posamezniki na različnih stopnjah hierarhične moči v zdravstveni negi, ki so lahko usmerjene navzdol ali navzgor (Sherri in Stroud, 2010). Obe obliki nasilja pa temeljita na posrednem ali neposrednem verbalnem nasilju, ki se kaže kot nespoštovanje in neupoštevanje medicinske sestre ter omalovaževanje in blatenje (Sheridan, 2008; Spring, 2008; Becher in Visovsky, 2012).

Drugo raziskovalno vprašanje se je glasilo, kako pogosto se pojavljata horizontalna in vertikalna oblika nasilja med medicinskimi sestrami na njihovem delovnem mestu? Na podlagi pregleda literature ugotavljamo, da se horizontalne in vertikalne oblike nasilje med medicinskimi sestrami na delovnem mestu pogoste, saj raziskave (Yildirim in Yildirim, 2007; Stanley in sod., 2009; Babnik in sod., 2012; Becher in Visovsky, 2012; Selič in sod., 2012) kažejo na razpon od približno 40 do 80 % medicinskih sester, ki so že doživele horizontalno ali vertikalno nasilje na delovnem mestu. Medicinske sestre so v nasprotju z zdravniki s kar 71,4 % izpostavljene trpinčenju na delovnem mestu. V zdravstveni negi so poleg pacientov povzročitelji tako nadrejeni kot tudi sodelavci (Yildirim in Yildirim, 2007; Babnik in sod., 2012; Selič in sod., 2012).

Tretje raziskovalno vprašanje, ki smo si ga zastavili, se je nanašalo na dejavnike, ki privedejo do horizontalnega in vertikalnega nasilja na delovnem mestu. Med dejavniki, ki privedejo do horizontalnega nasilja na delovnem mestu, so predvsem mlad kader, izgorelost, pritiski vodilnega kadra, pritiski zdravnikov, nehuman urnik dela, vedno večje zahteve pacientov, povečana fluktuacija medicinskih sester, izkazovanje moči in glavni ter najpomembnejši dejavnik – slaba komunikacija med zdravstvenim osebjem (Cheryl in Mccaffrey, 2007; Sellers in Millenbach, 2010, Becher in Visovsky, 2012; Egues in Leinung, 2013). Naj pa poudarimo, da se horizontalni in vertikalni dejavniki nasilja na delovnem mestu med seboj tesno povezujejo, meje med dejavniki horizontalnega in vertikalnega nasilja ni.

Četrto vprašanje, ki smo si ga zastavili, je bilo usmerjeno v proučevanje posledic doživljanja horizontalnega in vertikalnega nasilja za zaposlene v zdravstveni negi. Horizontalno nasilje in vertikalno nasilje v zdravstveni negi imata lahko posebne posledice predvsem pri novo zaposlenih medicinskih sestrah, ki imajo številna vprašanja in zahtevajo strokovni razvoj, da se izoblikujejo in pokažejo svoj potencial (Farell in sod., 2014). Horizontalno ali vertikalno nasilje lahko na žrtvah pusti hude zdravstvene posledice, ki se kažejo v začetni fazi kot nizka samopodoba, akutna anksioznost, depresija, motnje spanja in posttravmatski stresni sindrom. Posledice pa so lahko tudi telesne narave, kot so izguba ali povečanje telesne teže, hipertenzija, srčne palpitacije ali sindrom razdraženega črevesja (Cheryl in Mccaffrey, 2007). Horizontalno nasilje vpliva na celotni zdravstveni tim. Obtoževanje lahko kot posledica nasilnega vedenja privede do vrzeli med zaposlenimi posamezniki in/ali skupino zaposlenih (Cheryl in Mccaffrey, 2007, Becher in Visovsky, 2012).

Na vprašanje, kako naj pristopajo zdravstvene institucije k obravnavi horizontalnega in vertikalnega nasilja na delovnem mestu, lahko odgovorimo, da sta ključni načeli obravnave nasilja solidarnost in ničelna toleranca (Norris, 2010). Ničelna toleranca je zelo pomembna, saj le ta lahko privede do sprememb (Grove, 2013). Preventiva nasilja na delovnem mestu se izvaja na treh ravneh: primarni, sekundarni in terciarni (Rogelj, 2009). Preprečevanje nasilja na delovnem mestu je najpomembnejši dejavnik, da se nasilje na delovnem mestu postopoma zmanjša ali v veliki meri izniči. Primarna preventiva se usmerja na intervencije za preprečevanje pojava nasilja, sekundarna preventiva se usmerja na zgodnje prepoznavanje nasilja, terciarna pa na intervencije, usmerjene v pomoč žrtvam po doživetem nasilju (Rogelj, 2009). Egues in Leinung (2013) priporočata tri ključne elemente učinkovitega preprečevanja nasilja na delovnem mestu medicinskih sester, ki jih lahko obravnavamo kot oblike primarne preventive nasilja: izobraževanje, timsko delo in skrb medicinskih sester zase. Sekundarna in terciarna preventiva pa sta usmerjeni predvsem v takojšnje prepoznavanje in ukrepanje ob pojavu nasilja (sekundarna preventiva) ter na pomoč žrtvam za uspešno reintegracijo v delovno okolje (terciarna preventiva). Pomemben element sekundarne preventive je tudi t. i. »koda nasilje« (Chu in Evans, 2016), ki jo sproži sodelavec, če zazna horizontalno nasilje sodelavca nad drugim sodelavcem. Sicer pa sistemski pristop k

sekundarni in terciarni preventivi nasilja podajata Di Martino (2002) in Zbornica – Zveza (n.d.2), z naslednjimi intervencijami: (I) pomoč in svetovanje žrtvam, (II) ukrepanje, (III) zdravljenje, (IV) de-briefing ali povzetek dogodka, (V) svetovanje, (VI) podpora vodstva, (VII) zastopanje in pravna pomoč, (VIII) rehabilitacija. Z vidika regulative je v Sloveniji – enako kot v drugih državah Evropske unije – prepoved kakršnega koli trpinčenja in nadlegovanja na delovnem mestu zapisana v Zakonu o delovnih razmerjih in Kazenskem zakoniku (Mlinarič, 2007). Ko se nasilje zgodi, je potrebna prijava nasilja. V prvi fazi se poda prijava v pisni obliki; zdravstvene organizacije naj bi imele posebne obrazce za tovrstne prijave, katere posredujejo nadrejeni medicinski sestri (Di Martino, 2002). Nadalje pa mora iti pritožbeni postopek v obravnavo, kjer pride do reševanja postopka ali poteka v obliki neformalnega srečanja med pritožbenikom in ustrezno vodjo v hierarhični liniji oziroma pooblaščenim zaupnikom. Če nadrejeni nimajo posluha za pritožbe, se lahko poslužimo tudi pomoči predstavnikov delavcev ali varuha človekovih pravic (Di Martino, 2002). Žrtvi mora biti zagotovljena anonimnost, če tako zahteva, organizacija mora vse pritožbe vzeti resno in jih v čim krajšem času rešiti. Žrtev mora biti seznanjena s posledicami prijave in če je potrebno tudi s podpornim svetovanjem, kaj storiti v tem primeru. Zagotoviti ji je treba zaupnost in je nujno zaščititi pred nadaljnjim nasiljem in šikaniranjem (Di Martino, 2002). Žrtvi nasilja se mora nuditi zdravstveno pomoč in pomoč s strani kliničnih psihologov ali psihoterapevtov, ki jih mora zagotoviti zdravstveni zavod. Na voljo ji mora biti vsa pravna in strokovna pomoč v okviru sindikata delavcev in strokovne organizacije (Di Martino, 2002).

6 ZAKLJUČEK

Horizontalno in vertikalno nasilje pomenita preprosto ustrahovanje in zlorabo na delovnem mestu. Spremembe so potrebne za reševanje problema in iskanje strategij proti horizontalnemu nasilju. Te spremembe lahko globalno spremenijo in izboljšajo delovno okolje. Z vztrajnostjo, podporo in informiranostjo medicinskih sester bo delo prijaznejše in kakovost zdravstvene nege se bo dvignila še na višjo raven in tako vzgojila zdravo ter stabilno bodočo populacijo medicinskih sester. Prav zato je dolžnost medicinskih sester, da kot posamezna žrtev nasilja glasno spregovori in pospeši reševanje problema ter tako pripomore h krepitvi telesa, uma in duha ter iskanju miru za razvijanje kariere in izboljšanje zdravstvene obravnave pacientov. Medicinske sestre morajo biti vpete v reševanje horizontalnega in vertikalnega nasilja, da bo problem nasilja del preteklosti.

Že poigravanje z mislijo, da je nasilje na delovnem mestu prisotno v zdravstveni negi, je nesprejemljivo, saj že sama etika v zdravstveni negi poudarja, da »zdravstvena obravnava pacienta naj predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev. Medicinske sestre se zavedajo poklicne pripadnosti ter priznavajo in spoštujejo delo sodelavcev«. Vsak poziv k ukrepanju je lahko koristen za krepitev vlog medicinskih sester in s tem večjo osveščenost, da sta horizontalni in vertikalni obliki nasilja prisotni tudi v zdravstvenem prostoru.

Za žrtve nasilja na delovnem mestu bi bilo treba ustanoviti posebno podporno skupino, v katero bi bili vključeni tudi strokovnjaki, ki nudijo psihološko podporo. Prav tako bi morali storilci in opazovalci prejeti podporo s strani svetovalcev. Poleg tega bi morali dogodke raziskati z drugimi medicinskimi sestrami, da bi preprečili vzorce, ki lahko privedejo do povečanja odsotnosti z dela, izgorelosti, nezanimanja, bolezni in zamujanja na delovnem mestu zaradi strahu. Vse nasilne incidente v zdravstveni negi je treba analizirati z uvedenimi korektivnimi ukrepi, da se prepreči ponovitev podobnih incidentov. Medicinske sestre bi morale, ne glede na strah in, poročati o vsaki obliki neciviliziranosti na delovnem mestu.

Ob prebiranju literature smo zasledili misel Dragana Milutinovića, ki je dejal, da je v sodobnem svetu delovno mesto edino preostalo vojno polje, kjer lahko ljudje ubijejo drug drugega brez posledic in kaznovanja pred roko pravice (Milutinović in sod., 2009, str. 529). Ta misel pove, da so nasilneži na delovnem mestu nedotakljivi in za svoja dejanja nikoli niso kaznovani. Verjamemo, da se bo v bodoče na tem področju marsikaj spremenilo in izboljšalo ter s tem prispevalo tudi k dvigu kakovosti življenja in dela v zdravstvenih institucijah.

S pregledom tuje in slovenske literature o horizontalnem in vertikalnem nasilju v zdravstveni negi smo prišli do sklepa, da je potrebna sprememba za obravnavo nasilja na delovnem mestu med medicinskimi sestrami na vseh ravneh klinične prakse. Več

pozornosti bi bilo treba posvetiti predvsem izobraževanju in raziskovanju nasilja, ki je zaradi pomanjkanja kadra ter večjega birokratskega pritiska močno prisotno.

VIRI

- ANDERSON, C., 2002. Workplace violence: are some nurses more vulnerable? *Issues Ment Health Nurs*, letn. 23, št. 4, str. 351–366.
- BABNIK, K., ŠTEMBERGER KOLNIK, T. in KOPAČ, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave »Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu«: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja«. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 46, št. 2, str. 147–156.
- BARON, R. A. in NEUMAN, J. H., 1996. *Workplace violence and workplace aggression: evidence on their relative frequency and potential causes*. *Aggress Behav*, letn. 22, št. 3, str. 161–173. https://www.researchgate.net/profile/Joel_Neuman/publication/254121227_Workplace_Violence_and_Workplace_Aggression_Evidence_Concerning_Specific_Forms_Potential_Causes_and_Preferred_Targets/links/54b877760cf28faced621301/Workplace-Violence-and-Workplace-Aggression-Evidence-Concerning-Specific-Forms-Potential-Causes-and-Preferred-Targets.pdf
- BECHER, J. in VISOVSKY, C., 2012. Horizontal Violence in Nursing. *MEDSURG Nursing*, letn. 21, št. 4, str. 210–213.
- CHERYL, Y. W. in MCCAFFREY, R., 2007. Nurse on Nurse, *Nursing Forum*, letn. 42, št. 3, str. 124–131.
- CIMPRIC, T., 2008. Zaključna strokovna naloga visoke poslovne šole. *Nasilje na delovnem mestu in vloga kadrovskega oddelka pri njegovem preprečevanju*: diplomsko delo [spletni vir]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska. [Datum dostopa 13. 7. 2017]. Dostopno na http://www.cek.ef.uni-lj.si/vps_diplome/cimpric54.pdf
- CHU, R. Z. in EVANS, M. M., 2016. Lateral Violence in Nursing. *MedSurg Matters! Academy of Medical-Surgical Nurses*, letn. 25, št. 6, str. 4-6.
- ČAHUT, E., 2014. *Mobing-trpinčenje na delovnem mestu*: diplomska naloga [spletni vir]. Radovljica: Višja strokovna šola, str. 21. [Datum dostopa 26.3.2017]. Dostopno na https://www.bb.si/doc/diplome/Cahut_Edin.pdf
- DUDLEY, B. D., 2015. Lateral Violence and Bullying in Nursing Healthy Practice Environments. *MedSurg Matters! Academy of Medical-Surgical Nurses*, letn. 24, št. 4., str. 12–16.
- DI MARTINO, V., 2002. *Workplace Violence in the Health Sector* [spletni vir]. [Datum dostopa 17.7.2017]. Dostopno na http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_160908.pdf

- EGUES, A. L. in LEINUNG, E. Z., 2013. The Bully Within and Without: Strategies to Address Horizontal Violence in Nursing, *Nursing forum*, letn. 48, št. 3, str. 185–190.
- FUDGE, L., 2006. Why, when we are deemed to be carers, are we so mean to our colleagues? *Horizontal and vertical violence in the workplace*, letn. 24, št. 4, str. 13–16.
- FARRELL, G., 1997, Aggression in clinical settings: *Nurses' views*. *Journal of Advanced Nursing*, letn. 25, št. 3, str. 501–508
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025501.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
- FARELL, G., SENGSTOCK, B. in WILSON, A., 2014. Nurses eat their own. *Bullying and horizontal violence takes its toll*, letn. 21, št. 8, str. 20–24.
- GRIFFIN, M., 2004. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, letn. 35, št. 6, str. 257–263.
- GROWE, S., 2013. Lateral Violence in Nursing Train the Trainers Workshop, *Nevada RNformation*, letn. 22, št. 4, str. 7.
- HRNČIČ, M., 2011. *Mobing zaposlenih v Republiki Sloveniji: diplomsko delo* [spletni vir]. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, str. 4, 65. [Datum dostopa 12. 4. 2016]. Dostopno na: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=26515>
- KLEMENC, D. in PAHOR, M., 2004. Zmanjševanje pojavov nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 38, št. 1, str. 43–52.
- KOŠIR, I., 2012. Pojav fizičnega nasilja nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu, *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 46, št. 2, str. 157–164.
- Kazenski zakonik*, 2012 KZ-1-UPB2. Uradni list RS, št. 50/2012 z dne 29. 6. 2012 [spletni vir]. [Datum dostopa: 12. 4. 2017]. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/109161>
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov*, 2005 [spletni vir]. [Datum dostopa 13. 6. 2017]. Dostopno na: http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf

- LEYMANN, H., 1990 Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Vict*, letn. 5, št. 2, str. 119–126.
- MLINARIČ, P., 2007. *Mobing* [spletni vir]. [Datum dostopa 26. 9. 2016]. Dostopno na: <http://www.mobing.si/>
- MUGNAIONI, L. D. in KLEMENC, D., 2011. Trpinčenje na delovnem mestu [spletni vir]. Zbornik: *Odličnost v zdravstvu-odprti za nove ideje. Zbornica – Zveze, Sekcija medicinskih sester v managementu* [Datum dostopa: 5. 10. 2016]. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/odlicnost-v-zdravstvu-odprti-za-nove-ideje.pdf
- MILUTINOVIĆ, D., PROKEŠ, B., GAVRILOV-JERKOVIĆ, V. in FILIPOVIĆ, D., 2009. Mobbing osvrst na sestrinsku profesiju. *Medicinski Pregled*, letn. 62, št. 12, str. 529–533.
- MAKUC, T., 2009. *Nasilje na delovnem mestu: pasti in restive*: diplomska naloga [spletni vir]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta. [Datum dostopa 13. 11. 2016]. Dostopno na <http://rul-test.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=3189&lang=slv>
- NORRIS, L. T., 2010. Lateral Violence: Is nursing at risk? *Tennessee Nurse*, letn. 73, št. 2, str. 7–15.
- PRICE, S. L. in MCGILLIS HALL, L., 2014. The history of nurse imagery and the implications for recruitment: a discussion paper. *Journal Of Advanced Nursing*, letn. 70, št. 7, str. 1502–1509.
- PUST, N. in ŠTIRN, M., 1998. Primarna preventiva spolne zlorabe otrok. *Psihološka obzorja*, letn. 7, št. 2, str. 71–97.
- ROGELJ, G., 2009. *Analiza morebitne prisotnosti psihičnega nasilja v javnem podjetju Mariborski vodovod, d. d.*, diplomska naloga [spletni vir]. Maribor: DOBA, Evropsko poslovne izobraževalno središče, Višja strokovna šola Maribor, str. 14–15. [Datum dostopa 11. 7. 2017]. Dostopno na <http://www.doba.si/diplome/11100050054.pdf>
- ROBNIK, S., 2012. *Teoretski koncepti, družboslovne raziskave ter izzivi za izkoreninjenje pojava trpinčenja med in nad zaposlenimi v zdravstveni negi*, Obzornik zdravstvene nege, letn. 46, št. 2, str. 127–136.
- SPRING, S., 2008. *The Center for American Nurses Calls For an End to Lateral Violence and Bullying in Nursing Work Environments New position statement offers information and recommended strategies*, letn. 53, št. 2, str. 15–16.

- SELLERS, K., MILLENBACH, L., KOVACH, N., in YINGLING, J. K., 2010. The Prevalence of Horizontal Violence in New York State registered nurses. *The Journal of the New York State Nurses' Association* letn. 40, št.2, str. 20–25.
- SPECTOR, P. E., COULTER, M. L., STOCKWELL, H. G., in MATZ, M. W., 2007. Perceived violence climate: a new construct and its relationship to workplace physical violence and verbal aggression, and their potential consequences. *Work Stress*, letn. 21, št. 2, str. 117–130.
- SELIČ, P., NASSIB, A., in MAKIVIĆ, I., 2012. Razširjenost trpinčenja na delovnem mestu: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 46, št. 2, str. 113–126.
- SHERIDAN, L. N., 2008. Understanding lateral violence in nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, letn. 12, št. 3, str. 399–403.
- SHERRI, H. in STROUD, S. H., 2010. Lateral Violence: Creating an Organizational Culture Change to Improve Retention. *The South Carolina Nurse*, letn.17, št. 4, str. 10–11.
- SOFIELD, L. in SALMOND, S.W., 2003. Workplace violence: a focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopaedic Nursing*, letn. 22, št. 4, str. 274–283 <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=12961971>
- STANLEY, K., MARTIN, M., MICHEL, Y., WELTON, J. in NEMETH, L., 2007. Examining lateral violence in the nursing workforce. *Issues In Mental Health Nursing*, letn. 28, št. 11, str. 1247–1265.
- THOBABEN, M., 2007. Horizontal Workplace Violence. *Home Health Care Management & Practice*, letn. 20, št. 1, str. 82–83.
- THOMPSON, R., 2016. Preparing New Nurses to Address Bullying: The Effect of an Online Educational Module on Learner Self-Efficacy. *MEDSURG Nursing*, letn. 25, št. 6, str. 412–417.
- VIČAR, N., 2015. *Nasilje v zdravstveni negi*: diplomska naloga [spletni vir]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 3–5. [Datum dostopa 12. 4. 2016]. Dostopno na <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=47183>
- ZORNIK, H.A., 2011. *Nasilje*. Aktivni.si [spletni vir]. [Datum dostopa: 15. 1. 2016]. Dostopno na: <http://www.aktivni.si/psihologija/nasilje/>
- Zbornica – zveza (n.d.1). Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi. *Protokol obravnave trpinčenja, spolnega in drugega nadlegovanja na delovnem mestu ali v zvezi z delom nad zaposlenimi v ZBN* [spletni vir]. [Datum dostopa: 5. 10. 2016].

Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/organi/delovne-skupine/ds-za-nenasilje/nasilje-na-delovnem-mestu>

Zbornica – zveza (n.d.2). Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi. *Protokol obravnave nasilnih dejanj nad zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi* [spletni vir]. [Datum dostopa: 13. 5. 2017]. Dostopno na: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/protokol_obravnave_nasilnih_dejanj_nad_zaposlenimi.pdf

Zakon o delovnih razmerjih, 2012 ZDR-1. Uradni list RS, št. 40/2012 z dne 17. 12. 2012. *Pravilnik proti nadlegovanju in trpinčenju na delovnem mestu* [spletni vir]. [Datum dostopa: 13. 5. 2017]. Dostopno na: <https://www.um.si/univerza/dokumentni-center/akti/GlavniDokumenti2013/Pravilnik%20proti%20nadlegovanju%20in%20trpin%C4%8Denju%20na%20delovnem%20mestu.pdf>

ZAJC, K., 2010. *Čustvena zloraba* [spletni vir]. [Datum dostopa: 23. 3. 2017]. Dostopno na: <http://www.viva.si/Psihologija-in-odnosi/96/%C4%8Custvena-zloraba?index=1>

YILDIRIM, A. in YILDIRIM, D. 2007. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in the healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, letn. 16, št. 8, str. 1444–1453. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01814.x/abstract>

WEINAND, M.R., 2010. Horizontal Violence in Nursing: History, Impact, and Solution. *The Journal of Chi Eta Phi Sorority*, letn. 54, št. 1, str. 23–26.

WILSON, J. L., 2016. An exploration of bullying behaviours in nursing: a review of the literature. *British Journal Of Nursing*, letn. 25, št. 6, str. 303–306.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: nasilje na delovnem mestu po večini izvajajo bolj dominantne osebe in osebe, ki so na višjem položaju hierarhične lestvice v organizaciji. Zdravo delavno okolje pomembno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih in s tem na višjo kakovost zdravstvene nege. Namen diplomske naloge je bil proučiti področje horizontalnega in vertikalnega nasilja v zdravstveni negi.

Metode dela: diplomska naloga je pripravljena kot kvalitativna sinteza literature. V sklopu naloge smo poiskali, pregledali in sintetizirali ključna spoznanja s področja horizontalnega in vertikalnega nasilja v zdravstveni negi.

Rezultati: za horizontalno nasilje je predvsem značilno nasilje na isti ravni organizacijske hierarhije; vertikalno nasilje pa se najpogosteje pojavlja med posamezniki na različnih stopnjah hierarhične moči. V populaciji medicinskih sester je nasilje s strani sodelavcev v zdravstveni negi že doživelo med 40 in 80 % medicinskih sester. Med dejavniki, ki privedejo do nasilja na delovnem mestu, so predvsem mlad kader, izgorelost, pritiski vodilnega kadra, pritiski zdravnikov, urnik dela, zahteve pacientov, fluktuacija, izkazovanje moči in glavni ter najpomembnejši dejavnik – slaba komunikacija med zdravstvenim osebjem. Za preprečevanje nasilja je treba implementirati ukrepe na ravni primarne, sekundarne in terciarne preventive.

Zaključek: s pregledom tuje in slovenske literature o horizontalnem in vertikalnem nasilju v zdravstveni negi smo prišli do sklepa, da je potrebna sprememba za obravnavo nasilja na delovnem mestu med medicinskimi sestrami na vseh ravneh klinične prakse. Več pozornosti bi bilo treba posvetiti predvsem izobraževanju in raziskovanju nasilja, ki je zaradi pomanjkanja kadra ter večjega birokratičnega pritiska močno prisotno.

Ključne besede: nasilje na delovnem mestu, horizontalno nasilje, vertikalno nasilje, zdravstvena nega

SUMMARY

Theoretical starting points: Violence in the workplace typically performed by more dominant persons and persons on a higher hierarchical scale of the organisation. A healthy working environment significantly influences satisfaction of the employees and, thus, a higher quality of health care. The purpose of the diploma thesis was to examine the field of horizontal and vertical violence in nursing care.

Methods of work: The diploma thesis is prepared as a qualitative synthesis of the literature. In the context of the thesis we searched for, reviewed, and synthesized the key ascertainments from the field of horizontal and vertical violence in nursing care

Results: For horizontal violence, the violence on the same level of the organizational hierarchy is characteristic in most cases. Vertical violence, however, emerges most commonly among the individuals on the different levels of the hierarchical power. In the population of nurses, the violence performed by their colleagues in health care have already experienced between 40 and 80 per cent of the nurses. Among the factors that lead to violence in the workplace, there are above all a young personnel, a burnout, pressures of the senior staff, pressures of doctors, work schedule, requirements of patients, fluctuation, exercise of power, and the main and the most important factor – poor communication among health care professionals. In order to prevent the violence, it is necessary to implement measures on the level of primary, secondary, and tertiary prevention.

Conclusion: By means of a review of the foreign and Slovenian literature on horizontal and vertical violence in health care, we came to the conclusion that a change is required in order to address the violence in the workplace among nurses on all levels of the clinical practice. Above all, more should be done in the field of education and research of the violence, which is omnipresent due to a shortage of personnel and increased bureaucratic pressure.

Keywords: workplace violence, horizontal violence, vertical violence, nursing care.

ZAHVALA

Zahvalo bi posvetila v prvi vrsti svojemu partnerju in staršem, ki so mi skozi celotno študijsko obdobje stali ob strani in mi s pozitivnimi ter spodbudnimi besedami dajali zagon, ko so me obšli pomisleki in sem si želela »vreči puško v koruzo«. S tem so mi tudi pokazali bistvo, zakaj sem se odločila za študij. Zahvala gre tudi mentorici doc. dr. Katarini Babnik univ. dipl. psih. za podporo in natančno usmerjanje čez proces pisanja diplomske naloge.

IZJAVA O LEKTORIRANJU

Sanja Berend, mag. prof. slov., izjavljam, da sem opravila lekturo diplomske naloge z naslovom *Horizontalno in vertikalno nasilje v zdravstveni negi* študentke Darje Kosi, ki je zdaj jezikovno korektna in dovršena.

Podpis lektorice:

A handwritten signature in cursive script, reading "Sanja Berend". The ink is dark and the signature is fluid, with the first and last names clearly distinguishable.

